

SCHELLE ALDREI DE LIMA DA SOLLER

**UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE
ODONTOLOGIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Mestre em Odontologia –
Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

FLORIANÓPOLIS

2008

UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE ODONTOLOGIA

SCHELLE ALDREI DE LIMA DA SOLLER

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de

“MESTRE EM ODONTOLOGIA”

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

e aprovada em sua forma final pelo **Programa de Pós-graduação em Odontologia**

Prof. Ricardo de Sousa Vieira, Dr.

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Odontologia

Banca Examinadora:

Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

Presidente

Profa. Dayane Machado Ribeiro, Dra.

Membro

Profa. Emília Addison Moreira, Dra.

Membro

Prof. João Carlos Caetano, Dr.

Suplente

Aos meus pais, meus maiores incentivadores e exemplos de vida,
dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus maravilhosos pais Blimair e Cloir que, em todos os momentos felizes ou difíceis da minha vida, estão ao meu lado. Obrigada pela paciência, pela ajuda imensa e, principalmente, por todo amor que sempre me dedicaram.

A minha irmã Keli pelo apoio de sempre e pelas boas risadas que sempre damos juntas, as quais, em muitos momentos, me empurram para frente.

Aos amigos e colegas de mestrado: Daniela Lorenzoni, Franklin, Patrícia, Sidnei e, especialmente, a Daniela Garbin, companheira de coleta de dados e aquela que se tornou uma grande amiga nesses dois anos e, com certeza, sempre o será, Graziela.

Aos meus amigos que, nesses dois anos, muito me incentivaram. Em particular a Silvana, amiga e conselheira, e a Juliana, por seu extremo otimismo.

Aos professores do mestrado e também a todos aqueles que passaram por minha vida acadêmica e ajudaram-me a chegar até aqui.

Ao Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, meu orientador durante esta etapa.

Aos colegas e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde pela atenção e disponibilidade durante a coleta de dados, em especial à Marynes, Aline e Jaqueline.

A todos vocês os meus mais sinceros agradecimentos.

SOLLER, S. A. de L. da. **Utilização de indicadores para qualidade em serviços públicos de Odontologia**. 131 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Odontologia). Mestrado em Odontologia – Área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, UFSC, Florianópolis, 2008.

RESUMO

Atualmente, qualidade é um tema muito discutido, dada a grande concorrência, a necessidade de conter custos e a maior exigência dos clientes. Exigência esta que se estende a todos os tipos de serviços, inclusive aos serviços de saúde, mesmo os serviços públicos de saúde, onde não há concorrência, a procura pela qualidade do serviço prestado ao usuário é imprescindível por pressão dos mesmos e pela constante necessidade de racionalizar recursos. No entanto, não basta apenas dizer que se presta um atendimento de qualidade, é preciso avaliá-la e esta avaliação pode ser realizada pelo uso dos Indicadores da Qualidade. Estes, além de avaliar o serviço, poderão fornecer importantes informações acerca de possíveis problemas e do que precisa ser melhorado, auxiliando, assim, os gestores no planejamento adequado dos serviços. Os Indicadores da Qualidade em Saúde são categorizados em três grandes grupos: Indicadores de Estrutura, Indicadores de Processo e Indicadores de Resultado. Dessa forma, o presente trabalho se propôs a selecionar e testar um Indicador da Qualidade de cada categoria em um serviço público de Odontologia, com o objetivo de verificar a sua exeqüibilidade (possibilidade de uso). Os indicadores utilizados foram sugeridos pelos profissionais de odontologia (cirurgiões-dentistas) que atuam no serviço e pelos coordenadores de regionais de saúde e aplicados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis. Sendo “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ano” o Indicador de Estrutura aplicado, “cuidados com biossegurança” o Indicador de Processo e “satisfação do prestador” o Indicador de Resultado. Observou-se que para esta instituição apenas o indicador “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ano” não é exeqüível, devido a não-disponibilidade de dados claros e precisos. No entanto, se houver um planejamento adequado por parte da instituição e uma base de dados atualizada tal indicador também poderá ser utilizado para avaliação do sistema. Os indicadores aplicados são excelentes instrumentos de avaliação e fontes de dados para planejamento que deveriam ser constantemente utilizados pela instituição. Assim, foi possível concluir que os indicadores podem ser utilizados para avaliar em serviço de Odontologia. Entretanto, é importante ressaltar que um único indicador de cada grupo não é capaz de avaliar a qualidade do serviço como um todo. Seria necessário elencar um grupo de indicadores de cada categoria para esse fim, sendo esta uma limitação do estudo.

Palavras-chaves: Indicadores, Qualidade, Odontologia

Autora: Schelle Aldrei de Lima Da Soller

Orientador: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOIA

Dissertação de Mestrado em Odontologia

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Florianópolis, 8 de maio de 2008.

SOLLER, S. A. de L. da. **Use of indicators for quality in public services of dentistry.** 2008. 131 f. Dissertation (Post-graduate Program in Dentistry). Master's degree in Dentistry - Concentration area in Collective Health in dentistry, UFSC, Florianópolis, 2008.

ABSTRACT

Nowadays quality is a theme a lot discussed, given to the great competition, the need to contain costs and the customers' bigger demand. This requirement extended to all types of services, including the services of health, and even in the public services of health, where there is no competition, the search for the quality of the service rendered to the user is indispensable because of their pressure and for the constant need to rationalize resources. However, saying that a quality attendance is rendered is not enough. It is just necessary to evaluate it and this evaluation can be accomplished by the use of the Indicators of the Quality. These indicators besides, evaluating the service, can supply important information about the possible issues and of what is necessary to be improved, helping, therefore, the managers in the appropriate planning of the services. The Indicators of the Quality in Health are classified in three great groups: Indicators of Structure, Indicators of Process and Indicators of Result. This way, the present work proposed to select and to test an Indicator of the Quality of each category in a public service of Dentistry with the objective of verifying its feasibility. The used indicators were suggested by the dentistry professionals (surgeon-dentists) that act in the service and by the coordinators of regional of health and applied in a Basic Unit of Health of the municipal district of Florianópolis. "Hours of training or courses supplied by the institution/SD/year" was the Indicator of Structure applied, "cares with biosafety" the Indicator of Process and "satisfaction of the professional" the Indicator of Result. It was observed that for this institution just the indicator "hours of training or courses supplied by the institution/SD/year" is not feasible, due to the lack of clear and necessary data. However, if there is an appropriate planning from the institution and an updated base of data, such indicator will also be able to be used for the evaluation of the system. The applied indicators are excellent evaluation instruments and source of data for planning that should constantly be used by the institution. Therefore, one is able to conclude that the indicators can be used to evaluate the service of Dentistry. However, it is important to point out that only one indicator of each group is not capable to evaluate the quality of the service as a whole. It would be necessary to point out a group of indicators of each category for this matter, which is a limitation for the research.

Keywords: Indicators, Quality, Dentistry

Author: Schelle Aldrei de Lima Da Soller

Advisor: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA

POST-GRADUATE PROGRAM IN DENTISTRY

Master's degree in Dentistry

Concentration area: Collective Health in Dentistry

Florianópolis, may 8, 2008.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comparação entre a percepção e a expectativa do cliente quanto ao serviço prestado segundo Slack (1997).

Figura 2: Representação do Modelo de Excelência em Gestão Pública.

Figura 3: O caminho da auto-avaliação.

Figura 4: Os três instrumentos para avaliação.

Figura 5: Mapa do município de Florianópolis.

Figura 6: Esquema representativo das tabelas usadas para avaliação dos resultados dos questionários aplicados aos cirurgiões-dentistas e aos coordenadores das Regionais de Saúde do município de Florianópolis.

Figura 7: Esquema representativo das tabelas categorizadas (NÃO e SIM) usadas para avaliação dos resultados dos questionários aplicados aos cirurgiões-dentistas e aos coordenadores das Regionais de Saúde do município de Florianópolis.

Figura 8: Escala para avaliação da pontuação sobre a satisfação do prestador.

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1: Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian (1990a).

Quadro 2: Indicadores da qualidade propostos por Tironi *et al* (1992) agrupados em três áreas estratégicas.

Quadro 3: Quadro de cursos/treinamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis para os profissionais cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde.

Quadro 4: Quadro de respostas obtidas para o indicador “cuidados com biossegurança”.

Quadro 5: Quadro de resultados para o indicador “satisfação do prestador”.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Total de respostas categorizadas (SIM e NÃO) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Estrutura.

Tabela 2: Total de respostas categorizadas (SIM e NÃO) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Processo.

Tabela 3: Total de respostas (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos indicadores de processo.

Tabela 4: Total de respostas categorizadas (SIM e NÃO) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Resultado.

Tabela 5: Total de respostas (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Resultados.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO II – QUALIDADE	13
2.1 – Histórico da Qualidade	15
2.2 – Qualidade na produção	17
2.3 – Qualidade em serviços	18
2.4 – Qualidade em serviços de saúde	21
CAPÍTULO III – PROGRAMA DA QUALIDADE NO SERVIÇO PÚBLICO	26
CAPÍTULO IV – INDICADORES DA QUALIDADE	31
4.1 – Indicadores da Qualidade na produção e em serviços	32
4.2 – Indicadores da Qualidade em serviços de saúde	36
CAPÍTULO V – ESTUDOS EMPÍRICOS	41
5.1 – A instituição	41
5.2 – Metodologia para coleta de dados da primeira etapa	42
5.3 – Metodologia para tratamento de dados da primeira etapa	43
5.4 – Resultados e Discussão da primeira etapa	44
5.5 – Metodologia para coleta de dados da segunda etapa	45
5.6 – Metodologia para tratamento de dados da segunda etapa	46
5.7 – Resultados e Discussão da segunda etapa	48
5.8 – Sugestões para a instituição	56
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A – Matriz de indicadores baseada em busca na literatura	64
APÊNDICE B – Questionário aplicado aos profissionais de Odontologia (cirurgiões-dentistas) e aos Coordenadores das Regionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	69
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE D – Resultado da primeira coleta de dados, tabelas com as respostas aos questionários	81
APÊNDICE E – Roteiro desenvolvido com base no Manual de Biossegurança elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, para avaliação do indicador “cuidados com biossegurança”	85

APÊNDICE F – Fotos para avaliação da postura dos cirurgiões-dentistas 1 e 2, na avaliação do indicador “cuidados com biossegurança” _____	90
ANEXO 1 – Cadernos de Saúde Bucal – Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de biossegurança (Governo do Estado de São Paulo) ____	91
ANEXO 2 – Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe Técnica com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) _____	107
ANEXO 3 – Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe de Odontologia (adaptação da Escala Abreviada da Satisfação da Equipe de Técnica com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR))_____	124

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

No momento atual, é imprescindível a busca pela qualidade em todos os setores da sociedade, sejam esses privados ou públicos, no âmbito industrial ou dos serviços. O mesmo se aplica aos serviços de saúde, onde a sociedade tem exigido dos seus governantes a qualidade dos serviços a ela prestados.

Esta exigência, porém, torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade também no setor saúde, que deve estar em sintonia com as necessidades de saúde da população (KLÜCK *et al*, 2002). Assim, é necessário sair do empírico e passar a medir os resultados, para que se obtenham dados precisos e concretos da atual situação e do que deve, prioritariamente, ser melhorado. Torna-se importante demonstrar fatos, conceituar produtividade e alicerçar as reivindicações de melhoria contínua da qualidade (NEPOTE, 2003).

De acordo com Valenzuela (2005), qualquer planejamento em saúde deve pautar-se em informações, sejam estas quantitativas ou qualitativas, que possibilitem o conhecimento da realidade para propor metas e objetivos. Segundo Soárez, Padovan e Ciconelli (2005), estas informações podem ser fornecidas através de indicadores da qualidade, sendo que, quando bem administrados, os indicadores da qualidade em saúde constituem ferramenta fundamental tanto para a gestão quanto para avaliação do sistema e da saúde da população como um todo. Entretanto, é importante garantir informações de boa qualidade, precisas, confiáveis e de forma regular para produzir bons indicadores (CECÍLIO *et al.*, 2002).

Avaliando a qualidade dos serviços é possível identificar o que está funcionando bem e o que precisa ser melhorado ou modificado, favorecendo a um planejamento adequado das ações de saúde. Sendo assim, um dos principais objetivos do uso de indicadores em serviços de saúde é melhorar a gestão e a qualidade da assistência oferecida aos usuários (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005). Segundo Malik e Schiesari (1998), com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mais precisamente com a municipalização, os gestores locais anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada, o que vem sendo feito até hoje de modo bastante genérico. Portanto, é imperiosa a necessidade de constante avaliação destes serviços para melhor alocar os recursos a ele destinados e organizar o sistema responsável pela importante missão de cuidar da saúde do ser humano (MARINHO, 2001).

O objetivo do presente estudo é analisar a exeqüibilidade (possibilidade de uso) de indicadores da qualidade para os serviços públicos de Odontologia prestados aos usuários, tendo como objetivos específicos:

- 1) Selecionar alguns indicadores que se julgue adequados para serviços de odontologia;
- 2) Verificar se esses indicadores apresentam consistência/coerência/concordância para avaliar o serviço;
- 3) Fornecer dados, através da avaliação e dos resultados obtidos com os indicadores, aos gestores que possam auxiliar no planejamento dos serviços; e
- 4) Detectar possíveis falhas na prestação dos serviços para que possam ser reavaliados e melhorados.

A estrutura do presente trabalho divide-se em:

- 1) Introdução – Capítulo I;
- 2) Qualidade: os conceitos atuais de Qualidade, um breve histórico de seu início até os dias atuais, qualidade na produção, nos serviços e em serviços de saúde – Capítulo II;
- 3) Programa da Qualidade no Serviço Público (PQSP): descreve o programa, seus conceitos, objetivos e como as organizações devem proceder para participar – Capítulo III;
- 4) Indicadores da Qualidade: o conceito de Indicadores da Qualidade, Indicadores da Qualidade na produção e nos serviços, bem como Indicadores da Qualidade em serviços de saúde – Capítulo IV;
- 5) Estudos Empíricos: descreve a instituição e a metodologia utilizada neste estudo de caso, bem como, os resultados do mesmo, discussão e apresenta algumas sugestões à instituição – Capítulo V; e
- 6) Conclusões: considerações finais a respeito do estudo – Capítulo VI.

Por opção metodológica, o presente estudo não abordará todos os indicadores disponíveis na literatura e não avaliará o estado de saúde dos usuários, mas sim o serviço de saúde ofertado a esses.

CAPÍTULO II – QUALIDADE

O termo Qualidade possui os mais diversos conceitos, variando de autor para autor e dependendo do enfoque que cada um dá ao termo qualidade. É um conceito, muitas vezes, subjetivo, mas possui algumas características que permitem quantificá-la e torná-la concreta para clientes e consumidores. Essas características definem o desempenho do produto (bens e/ou serviços), como: rapidez de atendimento às solicitações dos clientes, consumo de eletricidade ou combustível, uniformidade na produção, etc., e ainda satisfazem as necessidades/expectativas dos clientes, como: cor, tamanho, peso, etc. (JURAN, 1992; PALADINI, 2000). Por outro lado, qualidade pode estar associada a algumas características que demonstrem ausência de defeitos: atrasos nas entregas, problemas na utilização, cancelamentos de contratos, retrabalho e refugos nas fábricas (JURAN, 1992).

Para Silva (2002), Qualidade é a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que propiciam a habilidade de satisfazer certas necessidades. Esses aspectos ou características devem corresponder às necessidades e expectativas dos consumidores e clientes para que os produtos ou serviços tenham qualidade. Mas pode ser, também, adequação ao uso (JURAN, 1993).

Qualidade, ainda, não é definida por um único item, mas por um conjunto de características que adequam o produto/serviço às necessidades de quem o adquire e/ou de quem o utiliza. Crosby (1984) define qualidade como conformidade com os requisitos, sendo que, quando todos os critérios tiverem sido adequadamente definidos e bem explicados, será possível medir a qualidade.

Por outro lado, as necessidades dos clientes são muito particulares e relacionam-se com necessidades culturais, com satisfação pessoal, com status, etc., podendo ser organizadas em ordem de importância: primárias, secundárias, terciárias e assim por diante (JURAN, 1992). O autor traz como exemplo um serviço de saúde, onde a necessidade primária do indivíduo, que deve ser satisfeita pelo serviço, é o restabelecimento da saúde, e a secundária estar atento, não se cansar, apreciar as refeições, dormir bem e ter ambiente agradável.

Para Parente Filho (1991), apesar das inúmeras definições de Qualidade todas apresentam dois pontos em comum: a satisfação do cliente/usuário e o fazer certo da primeira vez, evitando desperdícios, reclamações e indenizações. Qualidade, então, é vista como a forma que as organizações encontraram, nos dias atuais, de sobreviver e crescer. Sobreviver pela diminuição dos custos proporcionada pelo fazer certo da primeira vez, sobreviver pela

manutenção de sua faixa de mercado, já que, com a diminuição de custos, pode manter ou reduzir preços. Crescer pelo aumento da competitividade no momento em que conquista novos clientes ao produzir bens e serviços que estejam de acordo com suas necessidades, ou seja, bens e serviços com qualidade.

As necessidades e as expectativas dos clientes estão sempre se renovando; portanto, a qualidade deve ser dinâmica, procurando sempre apresentar melhorias contínuas ao longo do tempo; a isso chamamos de qualidade total. Hoje não se admite o termo qualidade que não seja total. Para obtermos qualidade, é necessário um bom planejamento baseado nos clientes e no envolvimento de todos dentro de uma organização. Assim, tão importante para a qualidade quanto para agradar ao cliente é satisfazer àqueles que trabalham na organização, os seus colaboradores ou clientes internos para que possam, efetivamente, trabalhar em prol da qualidade e, conseqüentemente, corresponder às expectativas dos clientes. Para tanto, é preciso valorizar o capital humano, através de incentivos à motivação e do desenvolvimento/treinamento dos mesmos.

Segundo Straioto (2000) e Boog (1980), dentro de uma organização, os recursos humanos são o capital mais importante, tanto porque neles se investe, através de capacitação e treinamento. Essa necessidade deve ser identificada tanto dentro da própria organização, quanto pelo retorno que proporciona como resultado desses investimentos. Jericó e Castilho (2004), desenvolvendo um estudo sobre o investimento financeiro de um hospital em programas de treinamento, verificaram que o retorno desse investimento se expressa no melhor rendimento do pessoal. Isso porque apenas o profissional bem preparado tem condições de lidar com os rápidos avanços da tecnologia, com a alta complexidade dos diagnósticos, assim, garantindo uma assistência de qualidade, atendendo às necessidades dos pacientes/clientes.

No entanto, apenas investimentos em capacitação e desenvolvimento não garantem excelência de recursos humanos; é preciso também a motivação dos colaboradores. Porém, esta é algo intrínseco, e o que motiva uma pessoa não necessariamente motivará outra. Alguns podem se motivar por incentivos financeiros; outros, por reconhecimento do seu trabalho ou por benefícios que o mesmo traga, como, por exemplo, *status* e plano de saúde. Muitas são as teorias acerca da motivação, no entanto, neste trabalho não nos interessa discorrer sobre elas, por isso não serão abordadas, mas apenas esclarecidas o quanto é importante para a qualidade que as organizações trabalhem com pessoas engajadas, e isso só será possível com pessoas motivadas e satisfeitas com o seu trabalho.

2.1 Histórico da Qualidade

Qualidade sempre foi importante, desde os primórdios da civilização, como na arte e na arquitetura de extrema precisão das Pirâmides no Egito, na Grécia e em Roma que prezavam pela perfeição e qualidade, sendo nos dias atuais uma questão de sobrevivência (PALADINI, 1997).

Na época da produção artesanal havia uma intensa preocupação com as necessidades e os desejos do cliente. O contato direto dos artesãos com aqueles fazia com que os produtos fossem feitos sob medida para atender aos desejos de cada cliente, e assim foi até fins do século XIX.

No início do século XX, com a evolução das organizações manufatureiras, verificou-se que o sistema de trabalho de Frederick Wislow Taylor, que separava o planejamento da execução, enfatizava a remuneração por tarefas, a especialização e a produtividade, provocava um efeito negativo sobre a qualidade; portanto, precisava ser revisto. Surgiu, então, a Era da Inspeção, cujo objetivo era, ao final do processo produtivo, separar os produtos bons dos defeituosos para que estes não chegassem ao consumidor. Qualidade era, pois, responsabilidade apenas do departamento de inspeção, que exercia uma função corretiva. Nessa época, eram elevados os custos de produção devido à necessidade de muitos inspetores e do número de produtos que eram perdidos devido aos defeitos que apresentavam (GIL, 2001).

A evolução da atividade de inspeção deu origem ao Controle Estatístico do Processo (CEP) com a publicação da obra “Economic Control of Quality of Manufactured Product”, de Walter Shewhart, em 1931. Na concepção de seu grupo de pesquisa, a americana Bell Telephone Lab., era impossível que duas peças fossem exatamente iguais, pois existiria certo grau de variabilidade inerente ao produto. A atenção passou a ser dada ao grau de variação suportável e que não levasse efetivamente a problemas (GURGEL JR; VIEIRA, 2002). Assim, propuseram a aplicação dos princípios da estatística ao controle de qualidade (GIL, 2001).

A II Guerra Mundial provocou uma expansão da indústria bélica que exigiu o estabelecimento de uma série de normas e padrões ligados à inspeção da qualidade, impulsionando a criação de programas ligados à qualificação de pessoal (PALADINI, 1997).

No período pós-guerra, com a reordenação das atividades industriais, percebe-se que as metodologias anteriores não eram tão eficientes para a qualidade exigida das empresas, surgindo, então, a Era da Garantia da Qualidade, que vai até meados dos anos 80 (GIL, 2001).

Assim, William Edwards Deming, Joseph Moses Juran e Armand Feigenbaum iniciam práticas gerenciais voltadas para a qualidade nas organizações japonesas que começaram a se reestruturar nos anos 50, após a II Grande Guerra Mundial. Os japoneses introduziram a noção de qualidade de vida, incorporando o conceito de qualidade na sociedade o que facilitou a sua incorporação nas organizações (PALADINI, 1997).

Nos anos 60, surge, com Armand Feigenbaum, o conceito de Controle da Qualidade Total, o Programa Zero-Defeito e os Círculos da Qualidade. Em 70, expandem-se os conceitos de qualidade e inicia-se a formulação de novas estratégias, como a abordagem sistêmica da qualidade que envolve a participação de toda a empresa ou toda a organização, com todos os trabalhadores esforçando-se pela qualidade (PALADINI, 1997).

Na década de 80, consolida-se o conceito de Gestão da Qualidade Total ou Total Quality Management (TQM), onde qualidade envolve todos os departamentos e todas as pessoas dentro da organização e não apenas um departamento isolado. Deixa, então, de ser apenas uma estratégia para corrigir possíveis defeitos e torna-se uma política da organização, que necessita do apoio da alta gerência. Suas principais características, além do envolvimento geral no processo, são a melhoria contínua, o planejamento e principalmente o foco no cliente (GIL, 2001). Atualmente, a preocupação com os custos de produção, a alta competitividade e a satisfação do cliente fazem com que o conceito de TQM seja uma questão de sobrevivência para as organizações.

Segundo Azevedo (1993) a gestão da qualidade em saúde também acompanhou essas Eras, passando pela Era da Garantia da Qualidade, onde um grupo de pessoas, dentro de uma organização de saúde, preocupava-se em atingir os padrões mínimos em cada um dos processos que se pretendia monitorar. Por exemplo, o controle de infecções cirúrgicas em 3%, com base na literatura, seria uma taxa aceitável. Assim, ao atingir esse nível, a direção sentir-se-ia satisfeita e a preocupação seria apenas com a manutenção e o monitoramento, podendo ser comparada a Era da Inspeção.

Já na Gestão da Qualidade Total, toda a organização de saúde, em todos os processos, trabalha sobre qualidade. Além da preocupação com a taxa de infecção, considerar-se-ia a evolução no pós-operatório, a qualidade do prontuário, a qualidade do cuidado pós-operatório pela equipe, etc. Assim, chegando à Melhoria Contínua da Qualidade, busca-se a evolução permanente da organização, onde a taxa de infecção em 3% é aceitável apenas por um período quando toda a organização procura diminuí-la progressivamente até atingir o ideal de taxa de infecção zero (AZEVEDO, 1993).

2.2 Qualidade na produção

Qualidade não é um único item inerente ao produto, mas um conjunto de fatores que agregam valor a esse, fazendo com que corresponda às expectativas dos consumidores ou clientes. Falta de defeito, também, não é sinônimo de qualidade, pois o que torna um produto com qualidade é a percepção do cliente, ou seja, se o produto corresponde às suas necessidades, para esta pessoa este é um produto com qualidade e estas necessidades alteram-se ao longo do tempo. Qualidade abrange múltiplos itens: preço do produto, características específicas, processo de fabricação e aspectos gerais, como a marca. Ocorre que, dependendo do consumidor, alguns itens são mais relevantes que outros (PALADINI, 2000).

Com o surgimento da Gestão da Qualidade Total no processo, quatro princípios são estabelecidos: envolvimento de todas as pessoas e setores da organização, integrações das ações do processo em busca da melhoria contínua, ênfase no cliente e contato permanente com esses, sendo que o enfoque passou a ser preventivo, a fim de evitar que falhas ocorram e não mais corretivo para separar produtos adequados dos defeituosos. Para isso três etapas são definidas: eliminação das perdas (retrabalho), das causas das perdas (estudos das causas dos defeitos para corrigi-los) e otimização do processo (recursos humanos, materiais, etc.) (PALADINI, 2000).

A qualidade inicia no projeto e vai até o produto acabado, ou seja, em nível macro qualidade, envolvendo qualidade de projeto e qualidade de conformação. Qualidade de projeto é agregada ao produto antes mesmo que ele exista fisicamente, estando de acordo com as necessidades e/ou expectativas dos clientes a quem se deseja atender. Qualidade de conformação se dá durante o processo produtivo, visa a manter o produto dentro das especificações do projeto mesmo que pequenas variações sejam aceitáveis (PALADINI, 2000).

Por outro lado, em nível micro qualidade, observam-se, nas características específicas do produto, requisitos imprescindíveis para o uso adequado, chamados de característicos da qualidade. A avaliação desses característicos pode ser por atributos, como, por exemplo: avaliação qualitativa e expressões, como defeituoso ou perfeito, são comuns nesse tipo de avaliação, feitas essencialmente com o uso dos 5 sentidos: tato, olfato, paladar, visão e audição e depende muito da experiência do avaliador. Os exemplos podem ser a presença ou não de rachaduras, trincas, alterações de tonalidades, etc. A avaliação por variáveis pode ser, também, por avaliação quantitativa, sendo expressa por um número. Exemplos podem ser a

medição de altura, do peso, do comprimento, do pH, da dureza, da flexão, etc. (PALADINI, 1997; 2000).

As organizações buscam a qualidade como um meio de sobrevivência, para manter seus clientes ou conquistar outros, à medida que produzem aquilo que o consumidor espera. Sobrevivência, também, pela redução de custos, devido ao enfoque preventivo que procura adequar o produto ao uso desde o projeto até a sua finalização, evitando o retrabalho e o desperdício de matéria-prima. A Gestão da Qualidade Total procura otimizar ao máximo os recursos que a organização tem a sua disposição, sejam eles, humanos ou materiais.

2.3 Qualidade em serviços

Os serviços apresentam como uma de suas principais características serem intangíveis, ou seja, não existem fisicamente, não podem ser estocados. No entanto, há uma profunda interação com o usuário, e o cliente está presente ao longo de todo o processo produtivo, onde a produção e o consumo são simultâneos (SANTOS, 2000; CORRÊA; CAON, 2002). Essas características geram a necessidade de que o controle da qualidade ocorra durante o processo, uma vez que não é possível fazer inspeções, como na indústria de manufatura. Eventuais erros, ocorridos durante o processo, são imediatamente percebidos pelo cliente (SANTOS, 2000). Os serviços apresentam, ainda, variabilidade, à medida que dependem de quem os executa e de quando e onde são executados (MARCINEIRO, 2001).

São compostos de atividades de alto contato com o cliente, chamadas linha de frente ou *front office*, e de atividades que ocorrem sem contato com o mesmo, ou seja, retaguarda ou *back room* (CORRÊA; CAON, 2002). Para os autores, é nas atividades de *front office* que se encontram as maiores complexidades, tradicionalmente associadas aos serviços propriamente ditos, sendo que em algumas atividades irão predominar as atividades de *front office*, como, por exemplo, na saúde; em outras as de *back room*, como, por exemplo *fast food*.

As atividades de *front office* possuem maior grau e extensão de contato com o consumidor e, por isso, têm fundamental importância na percepção da qualidade que este terá do serviço. Dessa forma, maior é a necessidade de personalização, ou seja, customização do atendimento, requerendo autonomia dos funcionários de contato para garantir esta flexibilidade ao atender as necessidades dos clientes (SANTOS, 2000; CORRÊA; CAON, 2002).

Segundo Albrecht (1994), a percepção da qualidade pelo cliente, nos serviços, está nas mãos dos funcionários e cabe à gerência possibilitar meios para a motivação de seus funcionários.

As empresas prestadoras de serviços vão oferecer um pacote de valor ao cliente, composto pela prestação do serviço propriamente dito, os bens não-estocáveis (intangíveis) e por bens físicos, os bens estocáveis (tangíveis) sendo incluídos neste processo, os chamados bens facilitadores (SANTOS, 2000; CORRÊA; CAON, 2002). Para os autores, bens não estocáveis são os aspectos essenciais do serviço, como: pontualidade, relacionamento, qualidade do tratamento, segurança e limpeza. Bens estocáveis são conforto da sala de espera, tipo de refeição oferecido e revistas para entretenimento. O pacote de valor será avaliado pelo cliente, porém clientes são pessoas que têm percepções e necessidades diferentes sobre uma mesma situação. Dessa forma, devem ser tratados de maneiras diferentes.

No momento de definir a qualidade de um serviço, o cliente levará em conta a satisfação de suas expectativas e necessidades, suas experiências anteriores com este serviço e o preço (CORRÊA; CAON, 2002). Entretanto, para Santos (2000), apesar de preço ser um critério competitivo e que exerce forte influência no posicionamento estratégico da organização, pode-se considerar preço e qualidade como características distintas, pois o preço não exerce uma influência direta sobre as expectativas do consumidor, estando este disposto a pagar mais por um serviço que corresponda às suas expectativas ou as supere.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) afirmam que a qualidade percebida do serviço é um resultado da comparação das percepções com as expectativas dos clientes. Slack (1997) apresenta 3 possibilidades para essa relação da comparação das percepções com as expectativas dos clientes:

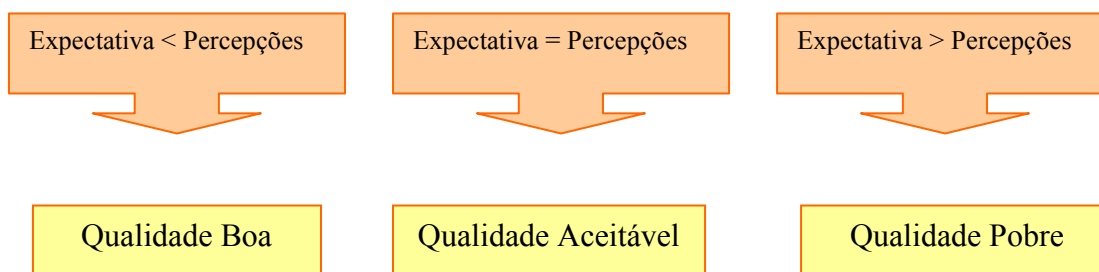


Figura 1: Comparação entre a percepção e a expectativa do cliente quanto ao serviço prestado segundo Slack (1997)

Os clientes avaliam os serviços e os percebem de acordo com os seguintes critérios: acesso, velocidade, consistência, competência técnica, atendimento, flexibilidade, segurança, custo, integridade do prestador, comunicação, limpeza e conforto das instalações e qualidade dos bens como: estética, durabilidade, confiabilidade (CORRÊA; CAON, 2002). Santos (2000) chama esses critérios de *determinantes da qualidade nos serviços*. Para esse autor, cada tipo de serviço terá um conjunto de determinantes que serão considerados mais críticos para o setor, bem como a percepção do serviço e a avaliação da qualidade pelos clientes que se dará através dos determinantes que eles definirem como mais relevantes naquele momento.

Cada pessoa possui uma percepção sobre qualidade, a qual, muitas vezes, pode ser influenciada até mesmo pelo seu estado de espírito no momento da prestação do serviço. Portanto, é nesta subjetividade que se encontra a diferença fundamental da definição de qualidade na indústria e nos serviços (VASCONCELLOS, 2002).

Assim, pode-se afirmar que cresce, nos dias atuais, a exigência quanto à prestação de serviços com qualidade, inclusive nos serviços públicos. Nas últimas décadas, cresceu na população um sentimento de crítica quanto ao atendimento do serviço público. O cidadão está mais exigente quanto ao serviço que o Estado lhe presta, ou seja, esta é a hora da qualidade, quer pelo modismo associado à questão, quer pelo impacto que proporciona ou pela necessidade urgente de economizar ou, ainda, pela carência crônica de recursos, ou seja, porque quais razões se considerem (PALADINI, 2000).

A iniciativa privada usa a Gestão da Qualidade Total para competir e sobreviver no mercado, todavia, no caso governamental, as razões devem ser outras, já que não há concorrentes. Pode ser para oferecer um melhor serviço ao público, diminuir os déficits orçamentários, manter os funcionários e motivá-los ou, até mesmo, sobreviver (GALVÃO, 2001).

No serviço público, não se busca qualidade para ganhar competitividade, mas deve-se buscá-la para reduzir custos e, principalmente, para satisfazer as necessidades do cidadão, ao qual o Estado deve sua existência.

Para Parente Filho (1991), no entanto, algumas características dos serviços públicos podem dificultar o desenvolvimento de Programas da Qualidade no setor, como, por exemplo:

- 1) critérios políticos de escolha de chefias, predominando sobre a competência;
- 2) rotatividade de dirigentes que afeta a constância de propósitos;
- 3) ausência de uma política de desenvolvimento de recursos humanos; e
- 4) descomprometimento da alta gerência como o sistema.

Por fim, é preciso que os serviços públicos sejam conscientizados a participarem dos Programas da Qualidade, para que o setor possa obter os mesmos resultados positivos advindos desses programas que ocorrem no setor privado.

2.4 Qualidade em serviços de saúde

Definir qualidade é sempre difícil, principalmente em serviços tão complexos como os da saúde. Complexos não apenas pela nobreza de sua missão, mas, principalmente, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, dando assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador. Além de ser, ainda, muitas vezes, um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica (AZEVEDO, 1993 apud GURGEL JR.; VIEIRA, 2002).

Para Bittar (2001) a complexidade do sistema está relacionada às inúmeras peculiaridades dos programas e serviços, às influências externas, internas e a condições de trabalho geralmente em emergências/urgências ou, ainda, devido à ansiedade e à pressão por parte dos pacientes, familiares e profissionais.

No entanto, hoje, a sociedade busca por ofertas de serviços cada vez mais qualificadas. Mesmo nos serviços públicos de saúde, os cidadãos buscam pelo seu direito a um atendimento que satisfaça às suas expectativas e necessidades. Além dos usuários, as organizações de saúde também buscam a Qualidade, aderindo à filosofia da qualidade de otimizar recursos, através da redução do desperdício pela utilização adequada dos recursos materiais ou humanos, da realização das atividades em menor tempo e com maior eficácia e, ainda, evitando o retrabalho, procurar a melhoria contínua e focar a melhoria dos processos. Mudanças essenciais em um momento onde ocorre a diminuição dos recursos financeiros para a saúde e aumento dos custos (ARANHA; VIEIRA, 2004).

Para Gurgel Jr. e Vieira (2002), as organizações de saúde buscam qualidade no intuito de melhorar o gerenciamento e a eficácia dos seus serviços. Já adoção de programas de qualidade, no setor saúde, está fortemente ligada ao crescimento de custos da assistência.

Aranha e Vieira (2004) vêem alguns obstáculos à implantação de programas da qualidade em serviços de assistência à saúde, tais como:

- 1) as necessidades humanas devem ser priorizadas, independente dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados;

- 2) a concorrência não é um elemento forte nesse setor;
- 3) a variabilidade da assistência é enorme, e cada paciente se comporta subjetivamente, o que dificulta a padronização do processo de trabalho e a racionalização da oferta de serviços;
- 4) a produção do serviço é executada por profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos; e
- 5) a categoria médica apresenta forte resistência aos programas por sentir-se fiscalizada e tolhida no trato com seus pacientes.

Malik e Teles (2001) apontam outros entraves, como: a falta de formação do pessoal envolvido, o longo tempo decorrido do momento em que se institui o programa até a obtenção de resultados, os custos elevados, a dificuldade de envolvimento da direção superior e a resistência dos gerentes.

Para Donabedian (1979, 1988a), o custo deve ser levado em consideração no momento de realizar serviços com qualidade. Cuidados à saúde, que são extremamente caros e não trazem grandes benefícios a todos ou a um paciente específico, como no caso de atendimento particular, não são justificáveis. Também não se justifica o aumento exagerado no volume de serviços, pois, a princípio, o aumento dos serviços pode aumentar os benefícios, mas, posteriormente, ocorre uma redução nessa velocidade, onde grandes adições aos serviços prestados produzem pouco ou nenhum aumento dos benefícios. Os serviços têm que ser eficientes, ou seja, o máximo possível ao menor custo e sem ser menos efetivo, ou seja, trazer melhorias à saúde.

Assim, o cuidado eficiente é duas vezes útil: primeiro em reduzir desperdícios, depois em reverter prejuízos (DONABEDIAN, 1988a). A idéia é desenvolver cuidados a baixo custo sem prejudicar a qualidade, e isso pode ser feito através da educação, treinamento e socialização contínua dos profissionais de saúde. A qualidade do cuidado prestado é melhor quando os profissionais de saúde possuem mais treinamento, experiência e especialização (DONABEDIAN, 1985). Entretanto, conter custos não deve significar tomar iniciativas que ponham em risco o bem-estar dos indivíduos ou da comunidade.

O cuidado prestado ao cliente/paciente tem 2 aspectos: técnico e interpessoal. O técnico é a aplicação da ciência e tecnologia da medicina e de outras ciências para administrar os problemas pessoais de saúde; o interpessoal, a administração das interações social e psicológica entre cliente e profissional. O segundo aspecto tem grande importância para estimular a participação do paciente no tratamento, favorecendo o sucesso do cuidado técnico,

e para a visão da qualidade que o mesmo terá do serviço recebido. Os dois aspectos estão intimamente relacionados, e cada uma das partes constitui qualidade. A qualidade técnica está na aplicação adequada da tecnologia e da ciência da medicina, para alcançar o maior nível possível de benefícios aos pacientes, minimizando riscos, enquanto a qualidade interpessoal, apesar de ser mais difícil de definir, é a extensão da conformidade aos valores, normas, expectativas e aspirações dos clientes. Assim, consideram-se os atributos do processo interpessoal muito importantes na satisfação do paciente com o serviço recebido (DONABEDIAN, 1979; 1983). Segundo Malik (1998) a qualidade em serviços de saúde é influenciada pela capacidade de convencimento dos profissionais de saúde, pela relação profissional/paciente.

Donabedian (1990b) acrescenta, ainda, a estes dois aspectos citados anteriormente, um terceiro a ser levado em consideração para a prestação do serviço: o ambiente. Este se refere às características do meio dentro do qual se proporciona o cuidado, onde para o autor (1985) instituições maiores e mais bem equipadas parecem oferecer um serviço de melhor qualidade.

Para Klück *et al* (2002), qualidade em saúde não deve ser avaliada exclusivamente em termos técnicos ou pela prática da assistência, mas por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos. Por outro lado, para Zanon (2000) a avaliação da assistência médico-hospitalar exclusivamente pela satisfação do paciente é insuficiente para medir a qualidade do serviço, porque pode sofrer a influência das fobias e dos preconceitos que constituem a noção popular de qualidade de vida e de saúde.

Também, não se pode confundir qualidade dos serviços de saúde exclusivamente com qualidade dos produtos usados, com a sofisticação do ambiente e equipamentos, que se têm a disposição, ou simplesmente restabelecer o equilíbrio fisiológico do indivíduo. Qualidade em serviços de saúde é, na verdade, um misto de todos esses fatores. Assim, para Martinez e Gonçalves (2000), a qualidade em serviços de saúde é um somatório de três componentes: a qualidade do atendimento profissional, a qualidade dos produtos utilizados e a qualidade da infra-estrutura do serviço.

Portanto, a definição de qualidade deve levar em conta as expectativas e avaliações individuais, bem como avaliação dos custos (DONABEDIAN, 1979). O autor apresenta três definições de qualidade: absolutista, individualizada e social. Qualidade absolutista é quando a saúde do paciente e o bem-estar são julgados por critérios profissionais e o custo do cuidado não é considerado; individualizada aceita a avaliação do paciente acerca das conseqüências do cuidado e inclui o custo para o paciente, bem como as conseqüências indesejadas; social inclui custo monetário até mesmo quando não suportado diretamente pelo paciente, presta

atenção à distribuição social do custo e dos benefícios do cuidado, leva em conta o custo monetário social, bem como o individual e a economia externa (DONABEDIAN, 1979; 1983). Malik (1998) reafirma a necessidade de critérios objetivos, para medir qualidade, colocando o uso de indicadores como uma boa prática para isso.

Porém, para Donabedian (1990a), qualidade em saúde esta alicerçada em sete pilares:

PILARES DA QUALIDADE	CONCEITOS
Eficácia	Habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos, sob as mais favoráveis condições.
Efetividade	Relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial de um sistema ideal, ou seja, é a melhora na saúde que é alcançada ou pode-se esperar alcançar, sob circunstâncias normais da prática diária.
Eficiência	Habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo, sem perder qualidade.
Otimização	Equilíbrio mais vantajoso entre custo e benefício.
Aceitabilidade	Conformidade às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade (a possibilidade de obter cuidado quando necessário e obtê-lo facilmente e convenientemente); relação médico-paciente; amenidades (as propriedades dos locais nos quais o cuidado é dado, tornando-os convenientes, confortáveis, e agradáveis); preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência.
Legitimidade	Conformidade às preferências sociais conforme expressas em princípios éticos, valores, costumes, leis e etc., respeitando todos os tópicos acima.
Equidade	Determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e seus efeitos na saúde para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Quadro 1: Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian (1990a)

Como nos demais setores de serviço, no setor saúde, o cliente também levará em conta, no momento de avaliar a qualidade do serviço recebido, o “pacote de valor” a ele ofertado, ou seja, associação dos bens tangíveis e intangíveis. Os bens intangíveis são aspectos essenciais do serviço, em alguns casos, segundo Corrêa e Caon (2002), esses elementos, em muitas situações, são considerados pelo cliente como condição *sine qua non* para a prestação do serviço, estando os bens facilitadores (tangíveis) como diferenciais para o serviço.

Como nos demais, em serviços de odontologia, a qualidade pode ser percebida pelos clientes, através dos seus componentes tangíveis e intangíveis. Tangível é o que o cliente vê, a aparência física do consultório, a conservação do prédio, jardins bem cuidados, iluminações interna e externa, sinalização, decoração, limpeza do ambiente, acesso, uniforme, asseio e apresentação dos funcionários. Os componentes intangíveis estão de acordo com o relacionamento entre a equipe odontológica e o cliente, a amabilidade, cordialidade e cooperação da equipe odontológica, além da qualidade do tratamento, pontualidade, etc. (CORRÊA; CAON, 2002; VASCONCELLOS, 2002).

No entanto, Donabedian (1988a) coloca que a primeira função do serviço de saúde é melhorar o bem-estar do paciente, sendo inevitável que este esteja envolvido, junto aos profissionais na definição dos objetivos do cuidado e na expectativa dos benefícios e riscos advindos do cuidado prestado. Entretanto, os pacientes diferem uns dos outros quanto às necessidades e às expectativas e quanto ao grau de importância que dão os riscos imediatos ou os benefícios futuros. Assim, o conceito de qualidade difere de um paciente para outro mesmo que os resultados biológicos sejam semelhantes (DONABEDIAN, 1983). Compartilhando da afirmativa de Donabedian, a respeito da primeira função de um serviço de saúde, para Zanon (2000), apenas depois de ter atingido o objetivo principal, o restabelecimento da saúde, é que os outros aspectos passam a contar, como, por exemplos: o custo, a pontualidade, o conforto, o sabor da comida, a atenção e a gentileza da equipe.

Às profissões de saúde, aos profissionais de saúde, às instituições, aos grupos consumidores organizados e aos governantes cabe um papel na garantia da qualidade. As profissões de saúde, os profissionais e as instituições devem conduzir pesquisas para avançar na ciência para desenvolver procedimentos técnicos cada vez mais efetivos, bem como propor educação, treinamento, certificação e recertificação dos profissionais, estimulando sempre o desenvolvimento de relações interpessoais adequadas. Os consumidores devem influenciar a qualidade do serviço sendo mais claros quanto às suas preferências e participando mais ativamente do próprio cuidado. Podem, ainda, agir de forma organizada, para moldar os sistemas através de ações políticas às suas necessidades, aos valores e aos recursos financeiros. Quanto aos governantes, estes têm um papel decisivo, como reguladores, monitores, elaboradores de normas, disseminadores de informações ao público, compradores de serviços e provedores de fundos para pesquisa e extensão (DONABEDIAN, 1989).

CAPÍTULO III – PROGRAMA DA QUALIDADE NO SERVIÇO PÚBLICO

Buscando construir organizações que atendam as necessidades dos cidadãos, além de prestar contas a estes, o governo criou em 1990, o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), como ação prioritária e obrigatória a ser implantada em todo o setor público e privado (PARENTE FILHO, 1991). Assim, em 1991, criou o Programa da Qualidade no Serviço Público (PQSP) orientado exclusivamente para as organizações governamentais. O programa apresenta-se como um poderoso instrumento de cidadania, conduzindo agentes públicos à promoção de serviços públicos com qualidade, mediante o exercício prático de uma administração pública transparente, participativa, orientada para resultados e preparada para responder às demandas sociais (ALMEIDA, 2001).

Esse é o novo modelo de gestão pública que o governo busca implantar. Ao menos em tese, um modelo de excelência gerencial, com base em padrões e práticas mundialmente aceitos, focado em resultados e orientado para as necessidades dos cidadãos. Sua missão é promover a excelência da gestão pública brasileira, mediante a avaliação continuada das práticas de gestão e dos resultados das organizações (BRASIL, 2004).

O PQSP está em desenvolvimento nas organizações públicas, fundamentado na Gestão da Qualidade Total, e procura envolver prestadores e usuários na busca pela excelência dos serviços. O PQSP procura direcionar as organizações públicas para o cidadão, tanto como recebedor dos serviços como quanto mantenedor do Estado (BRASIL, 2004).

A base do PQSP é a Rede Nacional de Gestão Pública composta por parcerias voluntárias entre pessoas e organizações que se mobilizam para promover a excelência da gestão pública brasileira. Os consultores e gestores do PQSP são voluntários, nada recebem para disponibilizar parte de seu tempo e conhecimento na orientação e auxílio das organizações que desejarem fazer parte do programa. Aqueles que se dispõem a agir como consultores *ad hoc* recebem capacitação adequada para isso. Atuam como palestrantes, instrutores, assistentes do processo de auto-avaliação junto às organizações, avaliadores, examinadores, juízes/conselheiros e membros dos diversos comitês do PQSP (BRASIL, 2004).

As organizações públicas brasileiras decidem, voluntariamente, aderir PQSP, implementando a auto-avaliação e a melhoria contínua preconizada pelo programa. De acordo com o Documento de Referência do PQSP (BRASIL, 2004) para receber o Certificado de Gestão de Qualidade emitido pelo programa, a organização deve, primeiramente, realizar uma auto-avaliação baseada no Modelo de Excelência em Gestão Pública.

O Modelo de Excelência em Gestão Pública é constituído por 7 critérios que agrupados em 4 blocos que interagem entre si. O *primeiro bloco* é constituído pelos critérios: 1) **Liderança**; 2) **Estratégias/Planos**; 3) **Cidadãos/Sociedade**, que pode ser denominado de planeamento. Através da Liderança da alta administração focam-se as necessidades dos cidadãos (Cidadãos/Sociedade) e planejam-se os melhores serviços/produtos e processos para atender a essas necessidades (Estratégias/Planos). O *segundo bloco* é composto pelos critérios 4) **Pessoas** e 5) **Processos**, representando a execução do planeamento. As pessoas capacitadas e motivadas executam os processos e produzem os resultados. O *terceiro bloco* é o 6) de **Resultados**. Representa o controle, está relacionado à satisfação dos destinatários dos serviços e da ação do Estado, ao orçamento e às finanças, à gestão das pessoas, à gestão de suprimentos e das parcerias institucionais, bem como ao desempenho dos serviços/produtos e dos processos organizacionais. O *quarto bloco* é constituído pelo critério 7) **Informação e Conhecimento**. Nele são processados e avaliados os dados e os fatos internos e externos, que podem influenciar o seu desempenho. Os critérios interrelacionam-se bem como os blocos, demonstrando o enfoque sistêmico deste modelo de gestão (BRASIL, 2006).

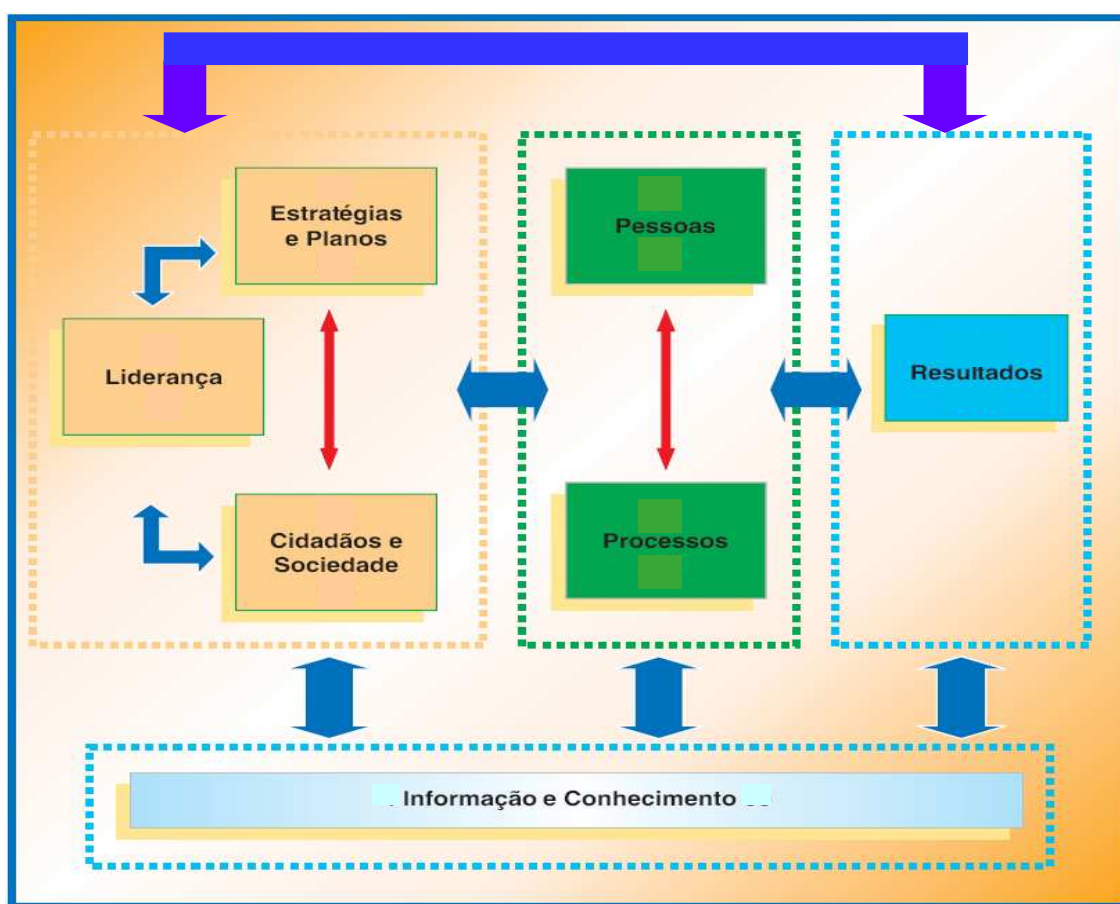


Figura 2 – Representação do Modelo de Excelência em Gestão Pública

Fonte: Instrumento para a Avaliação da Gestão Pública – ciclo 2006 (BRASIL, 2006 modificado pelo autor).

Esse modelo é pautado por 15 fundamentos, sendo 5 constitucionais e 10 não-constitucionais, são fundamentos constitucionais (BRASIL, 2004; 2006):

- 1) legalidade – obediência à lei;
- 2) moralidade – pautar a gestão pública por um código moral;
- 3) impessoalidade – todos os usuários devem ser igualmente tratados, com exceção dos casos previstos em lei;
- 4) publicidade – transparência de dados e fatos; e
- 5) eficiência – fazer o necessário, com qualidade ao menor custo possível.

Fundamentos não-constitucionais (BRASIL, 2004; 2006) são:

- 1) excelência dirigida ao cidadão – o cidadão e a sociedade são prioridades da organização;
- 2) gestão participativa – liderança gerencial que busque cooperação das pessoas, harmonize interesses individuais e coletivos, conseguindo sinergia das equipes de trabalho;
- 3) gestão baseada em processos e informações – os dados e fatos, gerados em cada processo da organização, produzem informações que podem ser usadas para agir e inovar, melhorando o desempenho da organização;
- 4) valorização das pessoas – dar autonomia, criar oportunidade de aprendizado, de desenvolvimento e de reconhecimento;
- 5) visão do futuro - antecipar-se às novas necessidades e às expectativas dos cidadãos e da sociedade;
- 6) aprendizado organizacional – deve acontecer de maneira sistêmica;
- 7) agilidade – postura pró-ativa, respostas rápidas às mudanças do ambiente;
- 8) foco em resultados – atendimento às necessidades de todas as partes interessadas;
- 9) inovação - mudanças em tecnologia, métodos e valores para melhorar serviços e produtos da organização; e
- 10) controle social - estimular o cidadão e a sociedade a exercerem ativamente o seu papel de guardiões de seus direitos e de seus bens comuns.

A auto-avaliação começa com a indicação de uma equipe interna, de mais ou menos seis integrantes, que atuarão como facilitadores e relatores do processo. Concluída essa etapa a organização deve encaminhar os resultados ao PQSP e solicitar validação externa. Após, o programa emitirá um Certificado de Gestão em nome da organização, que passa a fazer parte

da Rede Nacional. O certificado tem validade de um ano e três meses, período em que se deve implementar as melhorias que forem necessárias. De acordo com os resultados da primeira etapa (auto-avaliação) elabora-se um Plano de Melhoria da Gestão que será implantado e acompanhado, e depois realizar-se-á uma nova auto-avaliação (BRASIL, 2004).

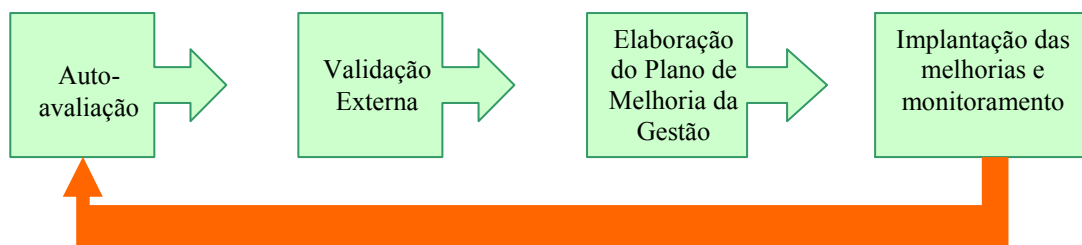


Figura 3 - O caminho da auto-avaliação

Fonte: PQSP – Documento de Referência (BRASIL, 2004).

A avaliação é baseada no instrumento de avaliação do PQSP, que contém cada uma das 7 partes do Modelo de Gestão, transformadas em critérios de avaliação. Estes dão estrutura a três instrumentos para avaliação: de 250 pontos, de 500 pontos e de 1000 pontos, que possibilitam um caminho progressivo às organizações à medida que elas vão realizando suas auto-avaliações, elaborando seus Planos de Melhoria e Gestão e implementando-os. As organizações que fazem parte do PQSP podem candidatar-se ao Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) cujo objetivo é promover publicamente as organizações que demonstrem qualidade e alto desempenho no seu sistema de gestão. As organizações, que mais se destacarem nos critérios preestabelecidos, serão premiadas, e deverão divulgar seu modelo de gestão ou práticas de gestão consideradas excelentes, com ressalvas ao que for de cunho confidencial, o que pode, na verdade, servir de divulgação para a mesma (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2006).

As organizações devem, inicialmente, preencher um Relatório de Gestão pela descrição do perfil da empresa, do tipo de gestão e dos resultados mediante os 7 critérios preestabelecidos e um glossário. O Relatório é avaliado pelos examinadores, e os aprovados recebem visitas às instalações, para posterior pontuação e anúncio das vencedoras.



Figura 4: Os três instrumentos para avaliação

Fonte: PQSP – Documento de Referência, (BRASIL, 2004).

Esse programa é totalmente aplicável a qualquer organização pública, inclusive às mais complexas, como as do setor saúde. Muitos são os problemas, ainda, encontrados nos serviços de saúde, mas, com certeza, também muito se tem conquistado em direção à estruturação de um serviço pautado nos critérios da Gestão da Qualidade.

O setor público de saúde, especialmente o Sistema Único de Saúde (SUS), aderiu ao PQSP, que estabelece estratégias próprias para a saúde através dos seguintes programas: Programa da Qualidade no Sangue, Programa de Gestão das Políticas de Saúde, Programas da Qualidade e Eficiência no SUS (acreditação hospitalar, disque-saúde, modernização e adequação da rede, capacitação de recursos humanos para o SUS e auditorias).

CAPÍTULO IV – INDICADORES DA QUALIDADE

Não basta afirmar que certo produto/serviço tem qualidade ou apenas instituir Programas de Qualidade, é preciso avaliar a qualidade desses produtos/serviços, pois é através da avaliação que se verificará se determinado programa está dando certo ou não, se o serviço é eficiente, eficaz ou, ainda, se realmente satisfaz o cliente/usuário. Assim, para Paladini (2002), tão importante quanto produzir qualidade é avaliá-la corretamente, pois é a avaliação que determina se os processos implantados pela organização estão alcançando os objetivos a que se propuseram ou se estão surtindo os resultados que se espera.

Através de indicadores, pode-se, então, avaliar a qualidade. No entanto, avaliação implica dizer o que está sob avaliação ou que parte do todo, com que critérios, por quem, a pedido de quem e qual foi o resultado (MALIK; SCHIESARI, 1998). Segundo Mello e Camargo (1998) os indicadores servem, também, para auxiliar a melhoria, o planejamento e a tomada de decisão.

Os dados fornecidos pelos indicadores possibilitam que se tenham informações concretas sobre uma dada situação, de forma a favorecer a escolha do caminho mais acertado a tomar, pois, para Valenzuela (2005), uma necessidade de todo planejador é dispor de informações, sejam qualitativas ou quantitativas.

Tomando como exemplo os serviços de saúde, Drachler *et al.* (2003) relataram que o conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde são fundamentais para a gestão pública e propõem o uso de indicadores para fornecer este conhecimento.

Quando se decide avaliar a qualidade de um produto/serviço, é necessário, inicialmente, selecionar os critérios que se pretende estudar e, a partir disso, definem-se os indicadores capazes de fazê-lo (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; ANDREONI; GUALDA, 1998; MELLO; CAMARGO, 1998; SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005). Mello e Camargo (1998) definem os critérios como as *Características da Qualidade*, ou seja, aquilo que se quer avaliar (acesso, confiabilidade, conformidade, durabilidade), e o *Indicador* como a forma que se utilizará para tal fim e que irá quantificar a qualidade dessa característica ou critério.

Indicadores são relações numéricas que visam a estabelecer medidas de determinação de ocorrências ou de uma situação. São parâmetros representativos de um processo que permitem quantificá-lo e facilitam sua comparabilidade (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005). Um indicador pode ser expresso como uma taxa ou coeficiente, um índice, um número

absoluto ou um fato (BITTAR, 2001; VALENZUELA, 2005). Para Duarte e Ferreira (2006), são representações quantitativas de resultados, situações ou ocorrências, servindo como excelente ferramenta gerencial para monitoramento, mensuração e avaliação da qualidade. No momento de se decidir por um ou outro indicador é importante que se conheçam bem os referenciais teóricos, determinem-se os critérios a serem avaliados, além de uma explicação clara de como esses indicadores foram calculados. Ainda, ter acesso a dados confiáveis que serão utilizados para calculá-los (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005). Segundo Donabedian (1988b), toda avaliação depende da disponibilidade de informações precisas e apropriadas, que podem ser pela análise de documentos, entrevistas ou questionários com os envolvidos na atividade, filmagens ou observações diretas do contexto que está sendo avaliado.

Um bom indicador deve ter as seguintes características, segundo Bittar (2001):

- 1) objetividade – objetivo claro, expressando, de forma simples e direta a situação a que se refere;
- 2) simplicidade – fácil de calcular, de buscar os dados e analisá-los;
- 3) validade – cumprir o propósito de identificar as situações que devem ser melhoradas;
- 4) sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os problemas existentes; e
- 5) baixo custo – indicadores, cujo valor financeiro seja alto inviabilizam sua execução.

Os tipos de avaliação e de controle posterior da qualidade devem adaptar-se a cada situação em particular, ou seja, a cada serviço, sociedade ou país, de acordo com as características culturais e econômicas de cada situação (DONABEDIAN, 1990b). Ainda, a avaliação deve ser contínua e permanente, procurando sempre processos de fácil execução (PALADINI, 2002).

4.1 Indicadores da qualidade na produção e em serviços

Os Indicadores da Qualidade atendem a necessidade de quantificar a qualidade de produtos/serviços/processos em cada momento da organização. Isto permite que as tomadas de decisão feitas com maior consciência e objetividade pela direção da entidade. Esses indicadores são construídos segundo interesse dos consumidores, permitindo à empresa

conhecer a relação que há entre a sua linha de negócios e a aceitação de seus clientes/consumidores. Isso reflete a qualidade dos processos e os resultados da empresa, devendo, por isso, ser dinâmicos. Um indicador pode perder sua validade com o tempo, e a necessidade de se criar indicadores mais compatíveis com aquele momento pode ocorrer (GIL, 1993). O autor afirma que os Indicadores da Qualidade passam por um ciclo de vida que corresponde aos seguintes estágios: levantamento e inventário, criação e eleição, preparação e institucionalização, acompanhamento e avaliação e substituição ou abandono.

Tironi *et al.* (1991; 1992) classificam os Indicadores da Qualidade (produtos/serviços) nas seguintes categorias:

- 1) do produto/serviço prestado: avaliam a capacidade do produto/serviço de proporcionar satisfação às necessidades do usuário, consumidor ou cliente, associada à eficácia. É indicador de desempenho operacional;
- 2) do processo: avalia a qualidade com que as atividades componentes do processo produtivo são executadas e a conformidade dos resultados com o que foi planejado. Quando se trata de serviços é o aspecto mais relevante, estando associado à eficiência. Também é indicador de desempenho operacional; e
- 3) da gestão: sendo a organização reflexo de seu conjunto de processos e da atitude de seus colaboradores, os indicadores da gestão são igualmente os do processo e do produto/serviço, bem como aqueles que indicam o nível de relacionamento com os empregados. São, então, indicadores da qualidade do relacionamento com os empregados e de desempenho global.

A partir de um item que se pretende avaliar, cria-se um indicador(es) dentro das 3 áreas estratégicas:

Itens de controle (exemplos)	Tipologia de Indicadores de Qualidade		Áreas estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> - absenteísmo, número de reclamações, enquetes; - reuniões com gerentes, diretores e presidente; - pedidos de demissão ou de troca de postos de trabalho; - número de acidentes de trabalho e visitas ao serviço médico; - número de sugestões e demanda para participar em Círculos de Controle da Qualidade (CCQ) 	<ul style="list-style-type: none"> - nível de satisfação dos empregados; - atenção com o empregado; - “Turnover”; - segurança e saúde; - motivação dos empregados 		RELACIONAMENTO EMPRESA X EMPREGADO
<ul style="list-style-type: none"> - taxa de solicitação de consertos por 100 telefones; - tempo de espera em fila; - correspondência entregue em D +1; - taxa de atendimento de reparação de telefones; - número de arrebitamento de chapas; - redução do tempo de parada para troca de cilindros; - estoque de peças ou materiais; - tempo requerido para alterar produto ou processo 	<ul style="list-style-type: none"> - erros ou defeitos; - tempo de entrega; - confiabilidade: prazo prometido; - tempo de processamento de ordem; - custos da não-qualidade; - redução de custos; - rotação de estoques; - tempo de introdução de inovações 	P R O D U T O U T P I R O C E S S O	DESEMPENHO OPERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> - número de devoluções, reclamações, enquete com usuário/cliente 	<ul style="list-style-type: none"> - nível de satisfação; - retenção do cliente 		SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Quadro 2: Indicadores de Qualidade propostos por Tironi *et al* (1992) agrupados em três áreas estratégicas.

Fonte: TIRONI *et al.*, 1992.

Tironi *et al.* (1991; 1992) propõe essa classificação inclusive para os serviços de saúde. No entanto, as empresas costumam fazer sua própria classificação, instituir seus itens de controle e definir seus indicadores, como mostrou o estudo realizado pelo autor (1992) através, de aplicação de questionários nas seguintes organizações: Instituto Nacional do Câncer (INCA), Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT), Telecomunicações Brasileiras S.A. (TELEBRAS), Petróleo Brasileiro S.A. (PETROBRAS), Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) e Companhia Siderúrgica Nacional (CSN).

A produtividade também pode ser utilizada como um Indicador da Qualidade, pois fazer bem um produto ou um serviço é fazê-lo com qualidade e produtividade. Sendo assim pode-se medir produtividade (TIRONI *et al.*, 1991):

- 1) com base na mão-de-obra: quantidade de produto/serviço; e
- 2) pelo incremento da produtividade total: diferença entre a quantidade de produto/serviço obtido e a quantidade de recursos utilizados para tanto (trabalho, capital e insumos).

Sink e Tuttle (1989) apud Machado e Rotondaro (2003) propõem avaliar cinco critérios para mensurar a qualidade das organizações. São eles: o sistema a montante (relativo ao fornecedor, porta de entrada do processo), a entrada, a transformação, a saída e o sistema à jusante (relativo ao consumidor, porta de saída do processo). Definem, também, seis classes de indicadores da qualidade para avaliar estes critérios:

- 1) indicadores da qualidade classe 1: associados ao sistema à jusante da organização, lidam com aspectos do desenvolvimento de novos produtos e serviços e seleção de fornecedores;
- 2) indicadores da qualidade classe 2: associados à entrada do processo produtivo da organização, apontam para os aspectos da programação e do controle da produção e dos estoques de matérias-primas. A função é indicar se o processo estará ou não sob controle;
- 3) indicadores da qualidade classe 3: associados à transformação, ou seja, a produção em si, são as formas mais clássicas de controle da qualidade de processos e indicarão se os requisitos da qualidade estão sendo incorporados aos produtos e serviços;
- 4) indicadores da qualidade classe 4: associados à saída do processo produtivo, são os processos de inspeção e verificação da produção, armazenagem e distribuição;
- 5) indicadores da qualidade classe 5: associados ao sistema a montante da organização, lidam com o atendimento às expectativas e necessidades do cliente. São indicadores pró-ativos que subsidiam todo o sistema a jusante; e
- 6) indicadores da qualidade classe 6: associados a todo o sistema produtivo, monitoram a qualidade do processo gerencial da organização.

Machado e Rotondaro (2003) desenvolveram um estudo em uma organização de serviços bancários com o objetivo de analisar se o sistema de mensuração da qualidade (uso dos Indicadores da Qualidade) era realmente adequado ao propósito a que se destinava. Concluíram que é importante ter um conjunto de indicadores, procurando aqueles com maior poder representativo das operações, pois, através do monitoramento dos indicadores, é possível definir as ações a serem tomadas e quais são prioridades, bem como implantar melhorias concretas. Os indicadores, quando aplicados em diferentes agências bancárias, devem possibilitar compará-las entre si e verificar se as diferenças de atuação dos gerentes podem modificar o desempenho da qualidade da agência referida.

4.2 Indicadores da qualidade em serviços de saúde

Embora muito se fale da necessidade de avaliar o setor de saúde, pouco se tem feito nesse sentido. No entanto, cresce, nos dias atuais, a necessidade de verificar a eficiência e a efetividade desses serviços em virtude da importância do setor para a população, do aumento dos seus custos e da limitação dos recursos disponibilizados. Uma das maneiras de medir essa eficiência e efetividade é através do uso apropriado de indicadores da qualidade.

O indicador deve ser escolhido de modo a apontar problemas de qualidade relevantes para os tomadores de decisão ou para os envolvidos na situação em estudo (MALIK; SCHIESARI, 1998). Deve, para isso, contar com a participação dos principais interessados no serviço, gestores, prestadores e usuários para a escolha de quais indicadores usar. Furtado (2001) reafirma a importância da inclusão dos diferentes grupos envolvidos com o serviço no processo de avaliação e na definição de indicadores.

Para Valenzuela (2005) os indicadores de saúde são medidas que quantificam o estado de saúde da população, que capturam importantes informações sobre diferentes atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde. Ao unir estes dois componentes: estado de saúde e desempenho dos serviços, possibilita-se refletir a situação sanitária de uma população, ter comparações e medir mudanças no tempo mediante o monitoramento dos indicadores.

Qualidade em saúde vai depender, então, dos serviços de saúde fornecidos à população bem como das condições de vida (socioeconômica, geográfico-territorial, educação, habitação, alimentação etc.) da mesma. (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; DRACKLER *et al.*, 2003).

Por outro lado, para avaliar a qualidade desses serviços é necessário definir critérios a serem avaliados e escolher os indicadores da qualidade em saúde que melhor possam avaliá-los (KLÜCK *et al.*, 2002). Os indicadores da qualidade em saúde podem ser agrupados em três categorias, segundo Donabedian (1988b):

- 1) estrutura – avaliam os atributos dos locais, onde o serviço de saúde é prestado, levando em consideração conveniência, conforto, silêncio, privacidade, e assim por diante. Inclui os recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), recursos humanos (número e qualificação dos profissionais, etc.) e recursos da estrutura organizacional (profissionais de saúde, métodos de reembolso, etc.);

- 2) processos – avaliam as atividades de cuidados realizadas para um paciente. São técnicas operacionais, que se dividem entre o cuidado técnico propriamente dito (utilização dos conhecimentos científicos e tecnológico da medicina) e a relação interpessoal entre paciente e profissional. Inclui as atividades do paciente, buscando o cuidado, como também as atividades do médico, dando o diagnóstico e realizando o tratamento; e
- 3) resultados – avaliam os efeitos dos cuidados prestados anteriormente na saúde do paciente e da população e, também, o grau de satisfação do paciente e do prestador. A satisfação do paciente é o julgamento do cliente da qualidade do cuidado. Como pacientes sabem pouco de perícias técnicas, então, eles tendem a usar evidências da atenção pessoal, interesse e preocupação para avaliar o serviço que receberam.

Para Donabedian (1988b, 1988c), essa abordagem de três partes para avaliação da qualidade em saúde é possível, apenas, porque boa *estrutura* aumenta a probabilidade de bom processo, e este, aumenta a probabilidade de obter melhorias na saúde e bem-estar dos indivíduos ou das populações, ou seja, bom *resultado*. Para o autor, o conhecimento que se tem sobre a relação entre estrutura e processo vem das ciências organizacionais e, por ser uma ciência recente, é limitado. Dessa forma, deve-se deduzir, apenas, que condições estruturais podem ser tanto desfavoráveis quanto condutivas ao bom cuidado, não podendo afirmar, entretanto, se o cuidado, em função dessas, será bom ou ruim. Ainda, segundo Donabedian, atributos estruturais, embora de importância vital para planejamento do sistema, são instrumentos bastante cegos em avaliação da qualidade.

Silveira, Santos e Costa (2001) realizaram um estudo para avaliar a estrutura e o processo do atendimento pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde do município de Pelotas e classificaram a estrutura e o processo do cuidado, de grande parte das Unidades de Saúde, como precários. Um dos motivos citados pelos autores como causa do cuidado precário, é a dificuldade de acesso (estrutura) pelo fato de as unidades de saúde, na sua maioria, funcionarem apenas nos turnos diurnos. No entanto, colocam que se esperam serviços com uma melhor estrutura e um melhor processo de atendimento. Porém, essa condição não é essencial e dependente, também, das inter-relações entre profissionais e gestores, fator que não foi avaliado no referido estudo.

Por outro lado, muito se conhece da relação entre processo e resultado, ou seja, sobre a ligação entre cuidado técnico e resultado e a relação interpessoal e resultado. O conhecimento da relação entre o cuidado técnico e o resultado deriva-se das ciências de saúde (conhecimento e tecnológico), onde a prática clínica, adequadamente aplicada, produzirá bons

resultados. Já o conhecimento da relação entre os atributos do processo interpessoal e o resultado deriva-se das ciências comportamentais, onde o processo interpessoal vai contribuir para o sucesso nos resultados, pois boa relação com o profissional motiva o paciente e seus familiares a participarem e colaborarem no tratamento favorecendo a resultados satisfatórios (DONABEDIAN, 1988b, 1988c).

Duarte e Ferreira (2006) colocam que estrutura de qualidade não garante qualidade nos processos, assim como processos de qualidade não são garantia total de bons resultados. No entanto, colocam que bons resultados dificilmente serão obtidos com estrutura e/ou processo inadequados, ou seja, não garante mas influi.

Algumas vezes, é difícil estabelecer quais atributos ajustam-se em cada uma das três categorias, porque a distinção de processo-resultado divide-se bastante arbitrariamente em duas cadeias contínuas de meios e fins. Há, nesta progressão, muitos eventos que alguns consideraram como resultados (DONABEDIAN, 1988c). Dessa forma, essas três abordagens interrelacionam-se e na avaliação da qualidade é importante incluir elementos de estrutura, processos e resultados.

Por outro lado, para Valenzuela (2005), existem 2 modalidades de Indicadores de Saúde: os da análise da situação de saúde e aqueles para avaliar os serviços de saúde. No primeiro grupo, encontram-se os indicadores socioeconômicos (taxa de pobreza, taxa de analfabetismo, taxa de desemprego, etc.); os demográficos (taxa de natalidade, esperança de vida ao nascer, percentual de população urbana, etc.); os que indicam o estado de saúde da população (mortalidade infantil, mortalidade materna, indicadores de morbidade, etc.); os determinantes de comportamento (proporção de alcoólatras e fumantes, proporção de obesos, etc.).

O segundo grupo, definido por Valenzuela (2005), engloba os indicadores propostos por Donabedian (1988b), onde a autora cita como *Indicadores de Estrutura*: 1) a acessibilidade (condições da população de utilizar um serviço de saúde, como, por exemplo: distância da residência/trabalho até a Unidade de Saúde) e 2) a disponibilidade (recursos existentes, ou seja, para atender a população, como por exemplo: recursos humanos por 1000 habitantes, número de Unidades de Saúde por população de referência, número de leitos por 1000 habitantes). *Indicadores de Processo*: 1) a produtividade (número de atividades realizadas por unidade de recurso humano disponível por unidade de tempo); 2) o rendimento (número de atividades realizadas por unidade de recurso humano utilizado por unidade de tempo); 3) o uso (número de serviços recebidos por usuário em um determinado período de tempo, como, por exemplo o número de consultas iniciais ou a extensão da população que usa os serviços em um determinado período de tempo); 4) a utilização (percentual de ocupação de leitos,

tempo de permanência); 5) a qualidade (refere-se a um conjunto de características que deve ter um programa. A qualidade técnica mede-se com base em cinco variáveis: integridade, conteúdo, habilidade, oportunidade, continuidade). Como *Indicadores de Resultado*, encontram-se aqueles que podem ser medidos através da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços, como, por exemplo: a porcentagem de redução de uma determinada enfermidade, após aplicação de vacina específica, taxa de mortalidade infantil ou esperança de vida ao nascer.

Bittar (2001) acrescenta aos tipos de indicadores definidos por Donabedian (1988b) aqueles relativos ao meio ambiente. Estes se relacionam às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e, ainda, à existência ou não de instituições de saúde. Pode-se elencar, ainda, os Indicadores Sentinela, ou seja, aqueles que medem os efeitos indesejáveis dos cuidados prestados ao paciente (MALIK; SCHIESARI, 1998; BITTAR, 2001).

Pela sua complexidade, é impossível medir todas as ações de um serviço de saúde, entretanto é importante selecionar os aspectos que se pretende avaliar, levando em consideração, também, que um único indicador não dá conta de avaliar adequadamente um serviço, sendo necessário, pois, eleger um grupo de indicadores. Para um bom gerenciamento da qualidade é necessário selecionar e monitorar indicadores adequados a cada realidade e à população a quem estes dados se destinam, pois cada categoria (gestores, profissionais e pacientes) tem suas necessidades particulares (MALIK; SCHIESARI 1998; SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005). Os profissionais podem ter maior interesse em indicadores que meçam a qualidade do tratamento que está sendo realizado (dentro de diretrizes clínicas, se estão produzindo os resultados esperados), os gestores podem desejar avaliar se os recursos financeiros estão sendo utilizados racionalmente e o paciente pode estar preocupado com o tempo de espera ou se está sendo bem atendido (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Para Malik e Schiesari (1998), atualmente, há um grande número de indicadores disponíveis, sendo útil procurar entre os já existentes e selecionar aqueles que melhor se aplicam à realidade que se pretende estudar. Conta-se, para isso com a ajuda daqueles que participam do serviço. Entretanto, é muito difícil que um único indicador dê conta da realidade, sendo provável que se necessite de um conjunto de indicadores para tanto.

No Brasil, esses indicadores podem ser encontrados na publicação Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações, de autoria da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA), em conjunto com o Ministério da Saúde e com a

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Este documento contém a Matriz de Indicadores Básicos para o Brasil, onde os indicadores foram agrupados em 6 categorias – demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura (RIPSA, 2002).

Os Indicadores de Mortalidade e de Morbidade e Fatores de Risco podem ser agrupados na categoria de resultados; os Indicadores de Recursos, na categoria de estrutura; e alguns Indicadores de Cobertura, como processo na avaliação do serviço de saúde prestado à sociedade. Enquanto Indicadores Demográficos, Indicadores Sócio-econômicos e alguns Indicadores de Cobertura não entram em nenhuma das três categorias preconizadas por Donabedian (1988b), são utilizados para avaliar a qualidade de vida da população, uma das vertentes na obtenção de saúde, porém mais apropriada para avaliar a situação do estado de saúde da população.

Segundo a classificação de Donabedian (1988b), encontra-se, na literatura científica um número bastante elevado de Indicadores da Qualidade em Saúde, como mostra o Apêndice A (TIRONI *et al*, 1991; AZEVEDO, 1993; ANDREONI; GUALDA, 1998; BITTAR, 2001; MARINHO, 2001; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; KLÜCK *et al*, 2002; NEPOTE, 2003; ARANHA; VIEIRA, 2004; BITTAR, 2004; VALENZUELA, 2005; DUARTE; FERREIRA, 2006).

CAPÍTULO V – ESTUDOS EMPÍRICOS

5.1 A instituição

O presente estudo foi realizado na área de abrangência da Secretaria Municipal de Saúde, do município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina (Figura 7), localizado na região litorânea. O município tem uma área de 436,5 Km² e possui uma população de 406.564 habitantes (população estimada 2006 – IBGE), distribuída em 21 distritos, sendo 12 na ilha e 9 no continente.



Figura 5: Mapa do município de Florianópolis

Fonte: www.ufmg.br/online/arquivos/mapa_Floripa1a.jpg

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pelo planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços de saúde pública oferecidos no município. Está estruturada em um nível central e 5 regionais de saúde (continente, centro, norte, leste e sul). Conta com 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Policlínica, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - 1 para adultos e outro para crianças e adolescentes -, além de 1 laboratório de análises clínicas.

Dessas UBS, 2 (Saco Grande – Regional Norte e Tapera – Regional Sul) servem como residência do Programa de Saúde da Família, fazendo parte da Rede Docente Assistencial, da qual o município participa com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Quanto aos profissionais de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde conta com 194 técnicos de enfermagem, 107 auxiliares de enfermagem, 150 enfermeiros, 220 médicos e 88 cirurgiões-dentistas, distribuídos entre cargos administrativos e de atendimento à população.

As equipes de saúde das UBS são compostas por um médico clínico geral, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório odontológico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um técnico em enfermagem, que desenvolvem as atividades de clínica geral, odontologia e enfermagem em atenção básica. No entanto, no intuito de garantir a resolutividade na atenção à saúde, tanto individual quanto coletiva, a Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio com a rede privada, bem como contrata outros serviços e instituições, a fim de complementar diagnóstico e tratamentos inexistentes na estrutura da rede pública.

5.2 Metodologia para coleta de dados da primeira etapa

A pesquisa foi realizada em 2 etapas: a primeira para escolha dos indicadores; a segunda, para aplicação dos indicadores previamente selecionados. Utilizou-se, neste estudo, a metodologia adaptada da proposta de Donabedian, que avalia qualidade em serviços de saúde de acordo com 3 categorias: estrutura, processos e resultados.

Inicialmente, o presente trabalho de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC, sendo aprovado pelo mesmo no dia 26 de março de 2007, sob o parecer nº 23/07, e também pela Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis.

No primeiro momento, foram selecionados pelos pesquisadores, dentre os indicadores da qualidade encontrados na literatura, os indicadores que pudessem ser adequadamente aplicados à avaliação de um Serviço de Odontologia. Os indicadores foram submetidos a uma pesquisa de opinião realizada com os profissionais cirurgiões-dentistas, os coordenadores das cinco Regionais de Saúde do município e a coordenadora de Saúde Bucal para que estes escolhessem qual indicador julgavam de maior relevância em cada uma das três categorias para avaliação da qualidade de um serviço de Odontologia. A pesquisa de opinião foi realizada através de questionários (APÊNDICE B) aplicados, então, aos profissionais

cirurgiões-dentistas (n=88) da rede, aos coordenadores das Regionais de Saúde (n=5) e à coordenadora de Saúde Bucal (n=1) que aceitaram participar do estudo.

Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo com uma cópia do mesmo (APÊNDICE C). Cada participante teve garantias de anonimato, sendo assegurado o sigilo das informações fornecidas e a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao sujeito. Os procedimentos realizados não trouxeram nenhum risco físico ou emocional e/ou desconforto aos participantes, já que os dados foram coletados mediante aplicação de questionários pré-formulados.

No segundo momento, o indicador considerado mais relevante de cada categoria foi aplicado em uma das UBS do município para verificar a sua exeqüibilidade (possibilidade de uso). Os dados necessários para a execução dessa etapa, ou seja, para o cálculo desses indicadores, foram conhecidos apenas após a realização da primeira parte, quando os mesmos foram definidos.

5.3 Metodologia para tratamento de dados da primeira etapa

Após o término da coleta de dados, as respostas dos questionários aplicados foram organizadas e resumidas para que pudessem ser interpretadas, utilizando para análise apenas os questionários que não apresentavam perguntas em branco. As respostas foram, então, tabuladas para proceder-se à escolha do indicador considerado pelos respondentes como mais relevante.

As tabelas foram organizadas, inicialmente, contendo as quatro alternativas (irrelevante, pouco relevante, relevante e muito relevante) que constavam no questionário da seguinte forma:

Indicadores de Estrutura	2.1	NOMES DOS INDICADORES (representados por números)														
Irrelev	3															
Pco Relev	10															
Relev	26															
Mto Relev	14															
Total de questionários	53															

Figura 6: Esquema representativo das tabelas usadas para avaliação dos resultados dos questionários aplicados aos cirurgiões-dentistas e aos coordenadores das Regionais de Saúde do município de Florianópolis.

Porém, para selecionar aquele que foi mais votado, as opções Irrelevante e Pouco Relevante foram categorizadas como NÃO e as opções Relevante e Muito Relevante como SIM, ficando as tabelas organizadas da seguinte forma:

Indicadores de Estrutura	2.1	NOMES DOS INDICADORES (representados por números)													
Não	13	RESULTADOS DAS RESPOSTAS = IRRELEVANTE + POUCO RELEVANTE													
Sim	40	RESULTADOS DAS RESPOSTAS = RELEVANTE + MUITO RELEVANTE													
Total	53														

Figura 7: Esquema representativo das tabelas categorizadas (NÃO e SIM) usadas para avaliação dos resultados dos questionários aplicados aos cirurgiões-dentistas e aos coordenadores das Regionais de Saúde do município de Florianópolis.

Optou-se pelo uso das categorias SIM e NÃO porque parte dos respondentes dos questionários, no momento de responder, disseram não perceber diferença entre as categorias. Sendo assim, após análise dos dados, o indicador que apresentou maior número no quesito SIM (no total = cirurgiões-dentistas + coordenadores) foi o selecionado. No caso de empate, o critério utilizado para desempate foi o indicador que tivesse sido mais votado na categoria Muito Relevante.

5.4 Resultados e Discussão da primeira etapa

Como resultado da primeira etapa, verificou-se que, dos 88 cirurgiões-dentistas da rede, 57 responderam ao questionário; dos 5 Coordenadores das Regionais de Saúde, 4 responderam, bem como a Coordenadora de Saúde Bucal do município, totalizando 62 questionários respondidos. No entanto, dos questionários respondidos pelos cirurgiões-dentistas, 4 foram descartados por estarem incompletos e dos Coordenadores das Regionais de Saúde 2 foram invalidados pelo mesmo motivo. Assim, da amostra de 94 sujeitos, constam para análise final 56 questionários respondidos adequadamente.

A partir das respostas obtidas nos questionários, para a categoria Indicadores de Estrutura foi selecionado, inicialmente, pelos critérios previamente citados, “gasto público percapita em saúde” com 56 votos. No entanto, devido à dificuldade para obtenção desses dados, a escolha recaiu sobre o segundo colocado: “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ano” com 55 votos, como mostra a tabela:

Indicadores de Estrutura	2.1	2.2	2.3	2.4.1	2.4.2	2.4.3	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	2.11.1	2.11.2	2.12	2.13
Não	13	12	8	9	2	2	17	1	2	3	8	4	0	4	6	2
Sim	43	44	48	47	54	54	39	55	54	53	48	52	56	52	50	54
Total	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56

Tabela 1: Total de respostas categorizadas (NÃO e SIM) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Estrutura.

Para a categoria Indicadores de Processo, houve empate entre quatro indicadores (“tempo para realização de exames solicitados”, “percentagem de diagnósticos errados”, “números de procedimentos errados” e “cuidados com biossegurança”), todos apresentando 54 votos na categoria SIM.

Indicadores de Processo	2.14.1	2.14.2	2.15	2.16	2.17	2.18	2.19	2.20	2.21	2.22.1	2.22.2	2.23	2.24	2.25	2.26
Não	20	25	2	5	11	6	10	2	2	15	11	5	16	11	2
Sim	36	31	54	51	45	50	46	54	54	41	45	51	40	45	54
Total	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56

Tabela 2: Total de respostas categorizadas (NÃO e SIM) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Processo.

Dessa forma, foi necessário utilizar o critério de desempate, previamente estabelecido, para definir qual Indicador de Processo seria efetivamente aplicado. “Cuidados com biossegurança” foi, então, selecionado por apresentar maior número de votos (44 votos) na opção MUITO RELEVANTE (Tabela 3).

Indicadores de Processo	2.14.1	2.14.2	2.15	2.16	2.17	2.18	2.19	2.20	2.21	2.22.1	2.22.2	2.23	2.24	2.25	2.26
Irrelev		7	1		3		1	1		2	3		3	2	1
Pco Relev	20	18	1	5	8	6	9	1	2	13	8	5	13	9	1
Relev	26	22	34	19	30	27	23	17	16	30	32	17	33	31	10
Mto relev	10	9	20	32	15	23	23	37	38	11	13	34	7	14	44
Total de questionários	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56

Tabela 3: Total de respostas (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos indicadores de processo.

Na categoria Indicadores de Resultados, também ocorreu empate entre dois indicadores (“satisfação do usuário” e “satisfação do prestador”), como mostra a tabela 4:

Indicadores de Resultados	2.27	2.28	2.29	2.30	2.31	2.32	2.33	2.34	2.35
Não	13	4	12	14	1	1	5	5	2
Sim	43	52	44	42	55	55	51	51	54
Total	56	56	56	56	56	56	56	56	56

Tabela 4: Total de respostas categorizadas (NÃO e SIM) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Resultados.

Entretanto, pelo critério de desempate, “Satisfação do prestador – CD” foi o selecionado como Indicador de Resultado, com 36 votos na opção MUITO RELEVANTE (Tabela 5).

Indicadores de Resultados	2.27	2.28	2.29	2.30	2.31	2.32	2.33	2.34	2.35
Irrelev			3				1		
Pco Relev	13	4	9	14	1	1	4	5	2
Relev	27	34	28	25	20	19	25	27	23
Mto Relev	16	18	16	17	35	36	26	24	31
Total de questionários	56	56	56	56	56	56	56	56	56

Tabela 5: Total de respostas (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos Indicadores de Resultados.

O resultado dessa coleta de dados, na íntegra e com categorização SIM e NÃO, usado para definir o indicador mais relevante para cada categoria encontra-se exposto no Apêndice D.

No primeiro momento, optou-se pela realização da pesquisa de opinião em vez de partir para a escolha dos indicadores de acordo com a visão dos pesquisadores pois segundo Malik e Schiesari (1998) e Furtado (2001) os indicadores a serem utilizados devem ser aqueles que revelam pontos importantes para os envolvidos com o serviço; portanto, devem ser por eles apontados.

5.5 Metodologia para coleta de dados da segunda etapa

Inicialmente foi selecionada a UBS que seria submetida à aplicação dos indicadores. Levou-se em consideração, para tanto, os seguintes critérios preestabelecidos pelos pesquisadores:

- 1) facilidade de deslocamento, localização;

- 2) segurança;
- 3) atendimento de no mínimo 8 horas; e
- 4) disponibilidade dos profissionais para participarem da pesquisa.

Respeitando esses critérios, selecionou-se uma UBS para aplicação dos indicadores. No entanto, o nome da mesma não será divulgado para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa.

Após a escolha da UBS e da análise da coleta de dados da primeira etapa, que apontaram os indicadores a serem utilizados no segundo momento, foi necessário definir de que forma explorá-los.

Quanto aos Indicadores de Estrutura, foi aplicado o indicador “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ano”. Os dados utilizados para calcular esse indicador foram conseguidos mediante informações obtidas com a ex-coordenadora de saúde bucal do município, considerando todos os cursos ou treinamentos fornecidos pela instituição ou por ela financiados no período de um ano, compreendido entre dezembro de 2005 e dezembro de 2006.

Quanto aos Indicadores de Processo foi selecionado e posteriormente aplicado o indicador “cuidados com biossegurança”. Para definição dos critérios a serem utilizados na avaliação desse indicador tomou-se como base o Manual de Biossegurança elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2004) (ANEXO 1), onde, a partir deste manual, se elaborou um roteiro que foi seguido pela pesquisadora principal no momento de observar e avaliar a qualidade do serviço nesse quesito (APÊNDICE E). Optou-se por este manual por ser considerado mais completo quanto aos itens a serem avaliados para biossegurança e também por apresentar-se como o mais didático na literatura.

Já para os Indicadores de Resultados foi aplicado o indicador “satisfação do prestador”, no caso o CD. Para tanto, utilizou-se a Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) proposta por Bandeira, Pitta e Marcier (2000), a qual já havia sido devidamente validada. Essa escala possui uma versão estendida composta por 69 questões qualitativas e quantitativas (ANEXO 2) e uma versão abreviada composta por 32 questões quantitativas. A versão abreviada foi adaptada e utilizada para avaliar a satisfação no trabalho dos CDs da UBS do Saco Grande (ANEXO 3).

Definido o padrão de avaliação a ser utilizado para cada indicador selecionado, partiu-se para aplicação dos mesmos na UBS do Saco Grande, onde trabalham 4 cirurgiões-dentistas da

rede municipal de saúde de Florianópolis e 3 residentes do Programa de Residência em Saúde da Família da UFSC. Os mesmos trabalham alternadamente nos três consultórios odontológicos disponíveis na unidade, nas escolas do bairro e nas visitas à comunidade.

Para aplicação dos indicadores, na segunda etapa, foi acompanhado um período de atendimento na unidade, o vespertino, do dia 08/11/2007. Obteve-se liberação apenas para esse período, já que a presença constante de alguém estranho às atividades, no caso a pesquisadora, acaba por atrapalhar o andamento do serviço. Nesse dia, estavam presentes 3 profissionais, mas um destes não aceitou participar. Portanto, foram coletados dados quanto à biossegurança no atendimento e no ambiente, bem como aplicado o questionário de satisfação aos 2 profissionais, que aceitaram participar.

5.6 Metodologia para tratamento de dados da segunda etapa

Foi realizada análise descritivo-exploratória para cada um dos três indicadores aplicados, “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ano”, “cuidados com biossegurança” e “satisfação do prestador”.

Para o indicador “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ ano” foram analisados todos os treinamentos oferecidos pela instituição, sejam através de palestras, cursos, reuniões ou grupos de discussão no intervalo de um ano.

O indicador “cuidados com biossegurança” teve as respostas do roteiro, elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE E), comparadas ao padrão sugerido pelo Manual de Biossegurança da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (ANEXO 1). Este manual aborda, resumidamente, as medidas universais de biossegurança a serem utilizadas na prática odontológica de forma a prevenir, minimizar ou eliminar riscos de acidentes ou contaminação que possam comprometer a saúde dos profissionais, auxiliares, pacientes ou meio ambiente, ou, que possam, ainda, melhorar a qualidade dos trabalhos desenvolvidos (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2004).

Constam como itens a ser avaliados o uso de equipamentos de proteção individual, cuidados com limpeza e desinfecção do ambiente de atendimento, bem como do equipo, cuidado e manuseio dos instrumentos perfuro-cortantes e como proceder no caso de acidentes com os mesmos. Ainda, cuidados com processamento e esterilização dos materiais, bem como desinfecção daqueles que não podem ser esterilizados por meio físico, cuidados com radiação,

com manipulação de materiais que trazem risco químico como o mercúrio e risco ergonômico (ruído, postura, iluminação).

Para o indicador “satisfação do prestador” foi utilizada uma versão adaptada da Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação e sua sugestão de cálculo. A versão estendida da escala contém 69 questões (ANEXO 2), que incluem questões quantitativas que objetivam avaliar o grau de satisfação da equipe em relação aos serviços oferecidos e às condições de trabalho na instituição em que atuam e, também, questões qualitativas e descritivas destinadas a expressar a opinião dos prestadores sobre o serviço. A parte da escala que avalia, efetivamente, o grau de satisfação da equipe é composta pelos 32 itens quantitativos. A escala possui, ainda, uma versão abreviada composta apenas pelos itens quantitativos (32). Por serem esses os únicos que podem ser utilizados para o cálculo do grau de satisfação da equipe optou-se pela utilização desta versão, devidamente adaptada para o serviço de Odontologia (ANEXO 3).

A escala avalia o grau de satisfação da equipe em quatro aspectos, satisfação com a qualidade do serviço prestado ao paciente, com relação à participação no serviço, com relação às condições gerais de trabalho e, por fim, o grau de satisfação da equipe com relação ao seu relacionamento com os colegas e superiores. Na escala abreviada o grau de satisfação com a qualidade do serviço oferecido ao paciente é expresso nas questões de 17 a 28. A satisfação, com relação à participação no serviço, é expressa nas questões 2, 3, 8, 9, 10, 11 e 12. Sobre as condições gerais de trabalho tratam, as questões 13, 14, 15, 16, 29 a 32. Com relação à satisfação no relacionamento com colegas e superiores, tratam as questões 4, 5, 6 e 7. O grau de satisfação é dado pela média aritmética do total de questões (avaliando satisfação global) ou pode ser feita por grupos de questões (como exposto no item metodologia, avaliando os quatro grandes grupos isoladamente). Quanto mais próximo de 5 for o valor obtido na média, maior é a satisfação do prestador.

5.7 Resultados e Discussão da segunda etapa

O primeiro ponto a ser discutido, com relação à aplicação dos indicadores, é a sua exeqüibilidade, ou seja, é ou não possível executar tal indicador dentro dessa instituição? Ainda, como informação secundária, avaliar se há ou não qualidade em cada um desses quesitos na UBS do Saco Grande, pois a avaliação de uma única UBS não permite avaliar a qualidade do serviço como um todo. Para Donabedian (1988b), toda avaliação, e nisso se podem incluir os indicadores como um tipo de avaliação, para ser realizada depende do acesso

a informações precisas e adequadas. Estas podem advir de análise documental, entrevistas ou questionários com os envolvidos na atividade ou, ainda, através de observações diretas ou indiretas (fotos, filmagens...) do contexto a ser avaliado. As informações para aplicação dos indicadores deste estudo foram obtidas através de questionários, entrevistas e observações diretas.

Para o Indicador de Estrutura, “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ano”, foi analisado o período de um ano, compreendido entre dezembro de 2005 e dezembro de 2006. Nesse período, alguns dos cursos, palestras ou treinamentos ofertados pela instituição aos profissionais CDs da rede foram os seguintes:

DATA	CAPACITAÇÃO	CARGA HORÁRIA
Março/2006	Tema: Promoção em saúde bucal	-----
	Tema: PSF este desconhecido	-----
Abril/2006	Tema: Equidade e Integralidade	-----
	Tema: O PSF em o PSF em saúde bucal	-----
Maio/2006	Curso de geriatria e odontogeriatrics	40 horas
Novembro/2006	Tema: Biossegurança	-----
Dezembro/2006	Tema: Tabagismo – uma abordagem para o tratamento do fumante	-----

Quadro 3: Quadro de cursos/treinamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis para os profissionais cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde.

Além dessas palestras ou cursos de capacitação, constam da programação da instituição reuniões mensais dos CDs da rede com a Coordenação de Saúde Bucal, com cerca de 4 horas. Estas reuniões são realizadas com o intuito de discutir e apresentar as experiências de cada regional, de forma que as experiências positivas de uma unidade possam servir como parâmetro para outra, uma espécie de *benchmarking*, que nada mais é do que procurar “copiar” ou “imitar” o padrão de referência no mercado, ou seja, o que o melhor da área faz, a fim de buscar a melhoria contínua. O *benchmarking* pode ser externo, quando o padrão é fixado por outra instituição do ramo, ou interno, quando o padrão é posto pela própria instituição que almeja melhorar suas próprias metas (PALADINI, 2000; 2002). Este é aplicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para conseguir a melhoria de

seus processos nas diversas UBS, no momento em que discute o que está sendo feito de melhor em uma unidade para aplicar em outra.

No entanto, não foi possível determinar o número exato de horas de capacitação fornecidas aos profissionais (CD) pela instituição, pois, para as palestras, não houve informação quanto à carga horária exata. Também não é possível afirmar que foram apenas esses os cursos proporcionados pela instituição aos seus profissionais, já que não há uma agenda oficial de treinamentos/capacitação da rede. Assim, pode-se dizer que não foi possível o acesso a dados precisos, condição *sine qua non* (DONABEDIAN, 1988b; PALADINI, 2002) para a execução de um indicador. Mesmo o indicador possuindo as características a ele desejáveis, como: validade, simplicidade, objetividade, baixo custo, sensibilidade e especificidade (BITTAR, 2001), nessa instituição ele não é passível de ser utilizado, já que não há dados oficialmente registrados para tanto.

Todavia, mesmo não sendo possível calcular o número exato de horas de treinamento para cada CD, a instituição está de acordo com a literatura quanto ao fator treinamento no seguinte aspecto: a demanda por este ou aquele tema provém dos próprios profissionais, que solicitam a coordenação de saúde bucal do município alguma capacitação sobre o tema em questão. Esse fato está plenamente de acordo com o que é proposto na literatura sobre treinamentos e capacitação, onde se tem que o planejamento destes deve pautar-se em uma necessidade identificada dentro da própria organização, contando com a colaboração dos interessados (BOOG, 1980).

Porém, partindo das necessidades levantadas pelos colaboradores, deve-se seguir o planejamento dos programas de treinamento, onde se estabelecem os objetivos, a política a adotar, as tarefas a cumprir, o papel de cada ator (dos treinados, do coordenador do programa, dos orientadores técnicos e do instrutor) e a avaliação do treinamento (BOOG, 1980). A partir disso, tem-se um treinamento de qualidade com bons resultados. De acordo com este estudo a instituição não dispõe de um planejamento para o quesito treinamento; assim, as oportunidades vão surgindo sem pré-organização e não se tem um controle de quais profissionais participam de cada uma.

Segundo Paladini (2000), o planejamento é fundamental no esforço de produzir qualidade, pois planejar significa agir, baseando-se em fatos concretos e objetivos, não de forma imprevista ou intuitiva. Um bom planejamento deve ser de longo prazo e ter um cronograma bem definido. Pode-se dizer, então, que, apesar da demanda surgir dentro da própria organização, nesse quesito não há qualidade porque não há planejamento e organização dos dados.

Sobre o segundo indicador aplicado, Indicador de Processo, “cuidados com biossegurança”, levando em consideração o padrão de biossegurança definido pelo Estado de São Paulo, no seu manual sobre qualidade e biossegurança, obtivemos os seguintes resultados para o dentista 1 e para o dentista 2:

ITENS PARA AVALIAÇÃO	COMPATÍVEL COM O MANUAL		INCOMPATÍVEL COM O MANUAL	
	DENTISTA 1	DENTISTA 2	DENTISTA 1	DENTISTA 2
Lavagem das mãos			X	X
Uso de luvas	X	X		
Uso de máscaras	X	X		
Uso de avental			X	X
Uso de gorro ou toca	X	X		
Uso de proteção ocular			X	X
Cuidados com material perfuro-cortante			X	X
Acidentes perfuro-cortante como proceder	X	X		
Limitação da contaminação			X	X
Processamento de materiais			X	X
Risco físico			X	X
Risco químico			X	X
Risco ergonômico	X			X
Cuidados com a equipe	X	X		
Treinamentos			X	X

Quadro 4: Quadro de respostas obtidas para o indicador “cuidados com biossegurança”.

Em se tratando de biossegurança, não acreditamos haver possibilidade para meio certo; assim, os itens que apresentavam algum ponto diferente do preconizado foram considerados como incompatíveis. Para o cirurgião-dentista 1, dos 15 itens avaliados, apenas 6 estão plenamente de acordo com o que preconiza o manual de biossegurança da Secretaria de Saúde, do Estado de São Paulo; já para o cirurgião-dentista 2, apenas 5 estão de acordo. O segundo profissional difere do primeiro no quesito risco ergonômico, em que, neste manual, são levadas em consideração a prática postural e a iluminação perpendicular ao campo de trabalho. Quanto à iluminação, o profissional trabalha adequadamente, o problema encontra-se na sua postura, onde o mesmo permanece a maior parte do atendimento com as costas afastadas do mocho, o que pode acarretar, ao longo do tempo, dores na região lombar. Além de flexão exagerada do pescoço e da coluna para ter visão direta do campo operatório, o que poderia ser conseguido através de visão indireta com auxílio de um espelho intra-oral (APÊNDICE F). Assim, o grau de compatibilidade dos profissionais com o manual é de 40%, para o dentista 1, e de 33% para o dentista 2.

Com relação à possibilidade de execução do indicador, sua aplicação para essa instituição é plenamente possível. Através da observação e de entrevistas é possível obter os dados de forma exata e precisa possibilitando a avaliação adequada deste quesito.

No entanto, segundo a ANVISA (2005), tratar de biossegurança é analisar os riscos a que está sujeita a vida. Ao tomar essa afirmação como totalmente verdadeira e relevante não é possível aceitar meio certo, quando a questão é proteger a saúde dos demais. Devido a isso, este estudo considerou os itens que apresentavam algo discordante com o manual como incompatíveis, não aceitáveis. Dessa forma, pode-se considerar que apenas 33,33% de acertos é um valor baixo, não apresentando, então, o serviço, neste item, qualidade para esta UBS.

Quanto à biossegurança, mais do que o conhecimento de técnicas a respeito de como minimizar risco, é importante a postura dos profissionais de engajamento e reconhecimento de quão fundamental é este assunto para a manutenção da sua saúde e de seus pacientes (ANVISA, 2005). É necessário, pois, criar uma cultura de biossegurança dentro das instituições de saúde, e para tanto, se torna necessária a capacitação e o treinamento dos profissionais.

Com relação ao último indicador aplicado, Indicador de Resultados, “satisfação do prestador”, de acordo com a escala SATIS-BR, quanto mais próximo de 5 for o valor obtido na média aritmética do total de questões ou por grupos, maior é a satisfação do prestador. Assim, baseando-se na escala de 1 a 5 estabeleceu-se a seguinte relação para posterior avaliação do grau de satisfação do prestador:

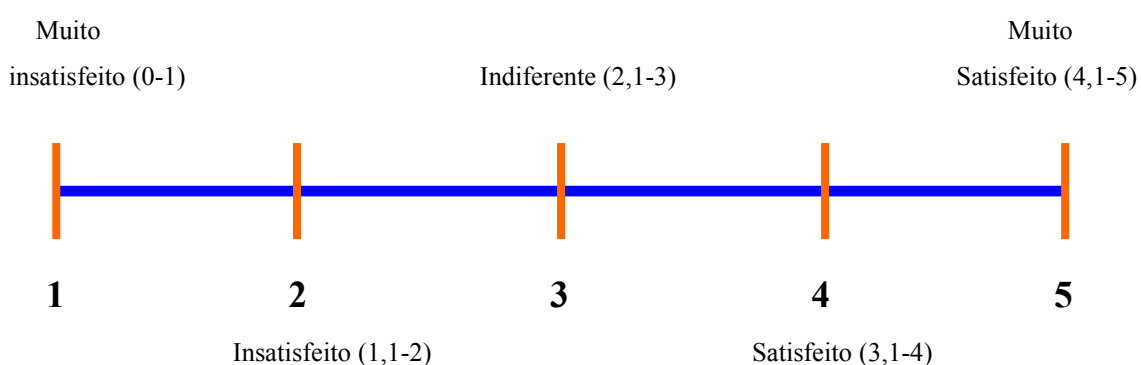


Figura 8: Escala para avaliação da pontuação sobre a satisfação do prestador.

Fazendo a média aritmética dos dois profissionais, encontram-se os seguintes resultados:

	CIRURGIÃO-DENTISTA 1	CIRURGIÃO-DENTISTA 2
SATISFAÇÃO GLOBAL	3,4	3,9
SATISFAÇÃO QUANTO A QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERECIDOS AO PACIENTE	3,7	3,8
SATISFAÇÃO QUANTO A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE NO SERVIÇO	3,9	4,0
SATISFAÇÃO QUANTO AS CONDIÇÕES GERAIS DE TRABALHO	2,8	4,0
SATISFAÇÃO QUANTO A RELAÇÃO COM A EQUIPE DE TRABALHO	3,0	3,5

Quadro 5: Quadro de resultados para o indicador “satisfação do prestador”.

De acordo com os resultados obtidos pelo questionário, pode-se identificar que, de uma forma geral, ambos apresentam-se satisfeitos com a instituição. Porém, o cirurgião-dentista 1 encontra-se no nível indiferente no quesito condições gerais de trabalho, quando avaliada a satisfação pelos 4 grandes grupos, o que pressupõe certa insatisfação nesse quesito. Esse grupo inclui a satisfação do prestador a respeito dos seguintes aspectos: as condições gerais das instalações, o salário e os benefícios recebidos, o conforto e a aparência do serviço, as medidas de segurança e de confidencialidade em vigor no mesmo e o clima do ambiente de trabalho. O cirurgião-dentista 2 encontra-se satisfeito também neste quesito, porém há uma diferença de tempo de casa entre os dois, uma vez que o profissional 1 está na instituição há 5 anos, e o profissional 2, há apenas 8 meses. Além do fato do cirurgião-dentista 2 não ser contratado efetivo da instituição, é residente do Programa de Residência em Saúde da Família. Esses dois fatores podem ter colaborado para a grande divergência de opinião entre ambos neste aspecto. Resultado semelhante ocorreu no estudo realizado por Rebouças, Legay e Abelha (2007), ao realizarem um estudo sobre satisfação com profissionais de saúde mental, dentre os quais aqueles que não apresentavam forte vínculo profissional com a instituição não responderam à pesquisa. Possivelmente, segundo os autores, isso ocorreu por sentirem-se constrangidos ou amedrontados com a possibilidade de serem identificados no estudo e, com isso, sofrerem represálias por parte dos gestores.

Os resultados, deste estudo, apesar de restritos, coincidem com os de Rebouças, Legay e Abelha (2007) que, utilizando a mesma escala, também encontraram níveis de satisfação geral intermediário (muito próximo dos aqui descritos, 3,29), sendo o item condições gerais de trabalho, também, o que apresentava maior insatisfação por parte da equipe.

Nicolielo e Bastos (2002) desenvolveram um estudo para avaliar a satisfação de profissionais cirurgiões-dentistas com seu trabalho, e os resultados também corroboram com o presente estudo. Ainda, o maior índice de insatisfação estava na questão de rendimentos ou honorários recebidos pelo trabalho, assim como o aqui encontrado, onde os piores índices de satisfação para o cirurgião-dentista 1 está no grupo condições de trabalho, que inclui a questão salarial e de benefícios.

Desta forma, quanto a exequibilidade, esse indicador é passível de ser executado na instituição utilizando-se tal questionário para avaliação. Como apenas um dos itens é considerado indiferente, a UBS apresenta qualidade para o mesmo.

5.8 Sugestões para a instituição

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se sugerir à instituição:

- 1) selecionar e aplicar mais indicadores nas UBS do município para avaliar a prestação do seu serviço e, com isso, estabelecer prioridades, a fim de manter o que está funcionando bem e melhorar os pontos negativos do serviço;
- 2) manter dados sempre atualizados e de fácil acesso;
- 3) fazer um planejamento anual dos cursos ou treinamentos a serem ofertados aos profissionais da rede; e
- 4) sugere-se, ainda, um novo estudo para analisar, mais profundamente, o motivo das escolhas dos profissionais e dos coordenadores por esses indicadores.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES

De acordo com o estudo realizado, constata-se que os três indicadores aplicados são passíveis de ser utilizados nas UBS da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis, desde que se tenha acesso aos dados de forma clara e precisa. Assim, mesmo o indicador “horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/CD/ano” que não pôde ser aplicado adequadamente por não haver disponibilidade dos dados de forma clara, precisa e organizada, tornar-se-ia aplicável, como os demais, havendo maior controle dessas informações.

A partir dos resultados encontrados, é possível dizer, também, que apresentar qualidade em uma das três categorias não é necessariamente sinônimo de apresentar nos demais aspectos. Isso porque mesmo o serviço não apresentando um resultado positivo, quanto à biossegurança e ao treinamento, apresentou quanto à satisfação do prestador. Assim, os indicadores se complementam, mas não são, necessariamente, coincidentes.

Conclui-se, ainda, que os indicadores estão compatíveis com as características esperadas para um bom indicador:

- 1) objetividade – já que expressam de forma simples e direta a situação a que se referem;
- 2) simplicidade – fáceis de buscar os dados, calculá-los e analisá-los;
- 3) validade – capazes de identificar as situações que devem ser melhoradas;
- 4) sensibilidade – capazes de identificar todos os problemas existentes com detalhes; e
- 5) baixo custo para sua execução – o que viabiliza sua aplicação.

Entretanto, os resultados aqui obtidos não permitem fazer uma avaliação precisa quanto à qualidade do serviço de Odontologia, como um todo, ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis aos seus usuários. Para tanto, é fundamental elencar um número maior de indicadores para cada categoria proposta por Donabedian. Além disso, não é possível generalizar os resultados obtidos para as demais UBS, pois cada uma apresenta uma realidade de trabalho diferente.

Portanto, este estudo cumpre seu objetivo de analisar a possibilidade do uso dos Indicadores da Qualidade pela instituição, mas não permite aferir a qualidade efetiva do serviço de Odontologia do município de Florianópolis, por utilizar um número restrito de indicadores aplicados em apenas uma UBS.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o que? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8(4), p. 361-365, out./dez. 1992.
- ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços**. São Paulo: Pioneira. 4.ed. 1994, 254 p.
- ALMEIDA, H. M. de S. Programa de qualidade do Governo Federal aplicado à saúde. **RAS**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 5-10, jul./set. 2001.
- ANDREONI, S.; GUALDA, D. M. R. Padrões e critérios como indicadores no processo de Controle de Qualidade Assistencial: relato de experiência. **Nursing**, São Paulo, 1(5), p. 13-17, out. 1998.
- ANVISA. Informes Técnicos Institucionais – biossegurança. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.6, p. 989-991, 2005.
- ARANHA, G. T. C.; VIEIRA, R. W. Estudo de um dos indicadores do custo da qualidade: o desperdício. **RAS**, São Paulo, v. 6, n. 23, p. 1-13, abr./jun. 2004.
- AZEVEDO, A. C. Indicadores da qualidade e produtividade em serviço de saúde. **Rev. Indicadores da Qualidade e Produtividade**, v.1, n. 1, p. 47-55, fev., 1993.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A.M.F.; MARCIER, C. Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 1, p. 105-115, 2000.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – parte II. **RAS**, São Paulo, v. 6, n. 22, p. 15-18, jan./mar. 2004.
- BOOG, Gustavo Gruneberg. **Manual de treinamento e desenvolvimento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1980. 503p.
- BRASIL. **Programa da Qualidade no Serviço Público – documento de referência 2004**. Disponível em: <http://www.pqsp.planejamento.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2006.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instrumento para avaliação da gestão pública – ciclo 2006**: Prêmio Nacional da Gestão Pública. Brasília: MP, GESPÚBLICA, SEGES. Versão 1/2006. Disponível em: http://www.pqsp.planejamento.gov.br/Download/Instrumento_Avaliacao.pdf. Acesso: 25/11/2006.
- CECÍLIO, L. C. de O. O pagamento de incentivos financeiros para os funcionários como parte da política da qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de

Janeiro, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1655-1663, nov./dez., 2002.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços**: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2002, 479 p.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1984, 328 p.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. **J. Fam. Pract.**, v. 9, n. 2, p. 277-284, Aug. 1979.

DONABEDIAN, A. Quality, cost, and clinical decisions. **The annals of the American Academy**, v. 468, p. 196-204, July. 1983.

DONABEDIAN, A. The epidemiology of quality. **Inquiry**, v. 22, n. 3, p. 282-292, Fall, 1985.

DONABEDIAN, Aa. Quality and cost: choices and responsibilities. **Inquiry**, v. 25, n. 1, p. 90-99, Spring/1988.

DONABEDIAN, Ab. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sept./1988.

DONABEDIAN, Ac. Quality assessment and assurance: unity and purpose, diversity of means. **Inquiry**, v. 25, n. 1, p. 179-192, Spring, 1988.

DONABEDIAN, A. The quest for quality health care: whose choice? Whose responsibility? **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 56, n. 5, p. 406-422, Oct. 1989.

DONABEDIAN, Aa. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov./1990.

DONABEDIAN, Ab. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Publica Mex**, v. 32, n. 2, p. 113-117, marzo/abril. 1990.

DRACHLER, M de L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2), p. 461-470, 2003.

DUARTE, I. G.; FERREIRA, D. P. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **RAS**, São Paulo, v.8, n. 31, p. 63-70, abr./jun. 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Crítérios de excelência 2006**. Disponível em: <http://www.fnq.org.br/>. Acesso: 25/11/2006.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GALVÃO, L. de L. **Medição de desempenho organizacional**: as práticas em organizações brasileira participantes do Programa de Qualidade no Serviço Público. 2001. 163 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

GIL, A. C. **Gestão de pessoas : enfoque nos papéis profissionais**. São Paulo: Atlas, 2001, 307 p.

GIL, A. de L. **Qualidade total nas organizações: indicadores de qualidade, gestão econômica de qualidade, sistemas especialistas de qualidade**. São Paulo: Atlas S.A., 1993. Cap. 3, p. 35-60.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cadernos de Saúde Bucal: qualidade e resolutividade na atenção básica – recomendações de biossegurança**. Secretaria de Estado da Saúde, 2004. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/novo_site/saude_bucal/cadernos/biosseguranca.pdf
Acesso em: 25/09/2007.

GURGEL JR., G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p. 325-334, 2002.

JERICÓ, M. C.; CASTILHO, V. O investimento financeiro em recursos humanos: uma experiência em hospital. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 707-712, set./out. 2004.

JURAN, J. M. **Juran planejamento para a qualidade**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1992. 394 p.

JURAN, J. M. **Juran na liderança pela qualidade**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1993. 386 p.

KLUCK, M. et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínica de Porto Alegre: implantação e validação de indicadores. **RAS**, São Paulo, v. 4, n. 16, p. 27-32, jul./set. 2002.

MACHADO JR., J. A; ROTONDARO, R. G. Mensuração da qualidade de serviços: um estudo de caso na indústria de serviços bancários. **Rev. Gestão & Produção**, v.10, n.2, p.217-230, ago. 2003.

MALIK, A. M. Qualidade, profissionais e organizações de saúde. **RAS**, São Paulo, v.1, n. 2, p. 17-20, abr./jun. 1998.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo, **RAE**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set. 2001.

MALIK, A. M; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. 241 p.

MARCINEIRO, N. **Implantação do gerenciamento pela Qualidade total na polícia militar de Santa Catarina: um estudo de caso**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

MARINHO, N. **Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Texto para discussão/nº 842, IPEA, nov. 2001.

- MARTINEZ, M. N.; GONÇALVES, O. R. Qualidade na atenção à saúde. **Brasília Med**, v. 37, n. 3/4, p. 109-113, 2000.
- MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Práticas e conceitos: normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo: Best Seller, 1998. Cap. 10.
- NEPOTE, M. H. A. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores. **RAS**, São Paulo, v. 5, n. 21, p. 21-30, out./dez. 2003.
- NICOLIELO, J.; BASTOS, J. R. de M. Satisfação profissional do cirurgião-dentista conforme tempo de formado. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, v. 10, n. 2, p. 69-74, 2002.
- PALADINI, E. P. **Qualidade total na prática: implantação e avaliação de sistemas de qualidade total**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997. 217 p.
- PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2000. 330 p.
- PALADINI, E. P. **Avaliação estratégica da qualidade**. São Paulo: Atlas, 2002. 246 p.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, Fall, 1985.
- PARENTE FILHO, J. **Gestão da Qualidade no Setor Público**. Texto para discussão /nº 237, IPEA, nov. 1991.
- REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e o impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.
- RIPSA. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, 2002. 299 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.htm>. Acesso em: 02/12/2006.
- SANTOS, L. C. **Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca**. 2000. 121 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- SILVA, R. O. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira, 2002. 523 p.
- SILVEIRA, D. S. da; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev., 2001.
- SLACK, N. **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 1997. 726 p.
- SOÁREZ, P. C. de; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de Saúde no Brasil: um processo em construção. **RAS**, São Paulo, v. 7, n. 27, p. 27-64, abr./jun. 2005.

STRAIOTO, D. M. G. T. A contabilidade e os ativos que agregam vantagens superiores e sustentáveis competitividade: o capital intelectual. **Rev. Bras. Contabil.**, v. 29, n. 124, p. 33-41, 2000.

TIRONI *et al.*. **Critérios para geração de Indicadores da Qualidade e Produtividade no Serviço Público**. Texto para discussão/nº 238, IPEA, out. 1991.

TIRONI *et al.* **Indicadores da Qualidade e Produtividade** – um relato de experiências no Setor Público. Texto para discussão/nº 263, IPEA, jun. 1992.

VALENZUELA, M. T. Indicadores de Salud: características, uso y ejemplos. *Ciência & Trabajo*, año 7, n. 17, p. 118-122, jul./set. 2005.

VASCONCELLOS, P. P. de. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

ZANON, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **RAS**, v. 2, n. 8, p. 15-22, jul./set. 2000.

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES BASEADA EM BUSCA NA LITERATURA

Estrutura - avaliam a parte física da instituição, os recursos humanos, os instrumentais, equipamentos, características organizacionais da instituição e financiamento:

1. Tempo de espera em fila
2. Tempo de espera entre marcação da consulta e o atendimento, ou a internação
3. Número de mesas redondas semanais para o planejamento multidisciplinar da assistência
4. Avaliação da acessibilidade:
 - distância do trabalho e/ou residência e o centro de saúde (CS)
 - gasto até chegar ao CS
5. Avaliação da disponibilidade:
 - Recursos Humanos/10.000 habitantes
 - Número de profissionais de saúde/habitantes
 - Número de CS/população de referência
6. Número leitos hospitalares/habitantes
7. Número de consultórios
8. Número de salas cirúrgicas
9. Consultas/consultório/dia
10. Cirurgias/sala cirúrgica/dia
11. Exames/equipamento/dia
12. Quilos de roupa lavada/máquina/dia
13. Número de cursos, treinamentos realizados
14. Horas treinamento/funcionário/ano
15. Orçamento para treinamento
16. Anos de escolaridade dos funcionários
17. Número de categoria profissional nas diversas áreas
18. Número e tipo de equipamentos disponíveis
19. Número e tipo de instrumentais disponíveis
20. Indicadores de sustentabilidade
 - gasto público em saúde per capita

- porcentagem do gasto público em saúde dentro do gasto público total
- financiamento fiscal dentro do gasto público

Processos - avalia a qualidade das atividades assistenciais, dos cuidados realizados em um paciente, são técnicas operacionais. Medem a forma e a intensidade de como se utilizam os recursos disponíveis para atender a demanda da população. Empregam-se para medir produtividade, rendimento, uso, considerando este como intensidade, extensão e utilização:

1. Indicadores de produtividade (produtividade é a diferença entre o que é produzido e a quantidade de recursos usada para isso):
 - índice de ocupação de leitos: número dias internação (em período de tempo)/número de pacientes (neste intervalo)
 - prazo médio de permanência: número de dias de internação (em período de tempo)/número de pacientes (neste intervalo)
 - índice de rotatividade (utilização do leito hospitalar durante um período de tempo): número de internações (em determinado período)/número de leitos (no mesmo) ou número de saídas (em determinado período)/número de leitos (no mesmo)
 - relação entre o número de pacientes atendidos por funcionário: número de pacientes atendidos (em um período de tempo)/número total de funcionários
 - relação entre número atendimentos (atividades realizadas) por unidade de tempo
 - índice intervalo de substituição (tempo em que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro): percentagem (%) de desocupação X média de permanência/percentagem (%) de ocupação
 - relação entre o número de funcionários e o número de leitos: número de funcionários (incluindo ou excluindo médicos)/número total de leitos.
2. Tempo para entregar resultado de exames solicitados
3. Dosagens incorretas de medicamentos
4. Percentagem de exames solicitados e não realizados
5. Número de prontuários incompletos
6. Taxa de prontuários com a primeira consulta em branco
7. Percentagem de diagnósticos errados
8. Número de procedimentos errados

9. Indicadores de uso:

- número de consultas (serviços) recebidos por cada paciente em um período de tempo: número de consultas/número de pacientes atendidos pela primeira vez
- razão entre o número de pessoas atendidas e a população de referência (população adscrita)

10. Índice de resolatividade:

- índice de retorno à emergência
- índice de readmissões em um período de 15 dias pós-alta
- índice de retorno ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI)

11. Porcentagem de exames repetidos

12. Tempo de realização de exames

13. Podem se tornar indicadores de qualidade (cuidados com biossegurança):

- utilização de luvas em todos os procedimentos
- cuidados com pérfuro-cortante
- uso de luva e avental na limpeza e desinfecção dos equipamentos
- uso de máscara, óculos, luvas no reprocessamento do material

14. Número de pacientes em assistência domiciliar

15. Número de pacientes em internação domiciliar

16. Número de visitas da equipe por paciente

17. Número de pacientes em reabilitação física

18. Número de pacientes em reabilitação psicológica

19. Número de pacientes em reabilitação profissional

20. Número e tipo de procedimentos

21. Taxa de procedimentos ambulatoriais X internados

22. Número de palestras, reuniões e atividades para a comunidade

23. Consumo de antimicrobianos (avaliar: devem ser indicados apenas para infecções susceptíveis; antibiótico terapia profilática deve se restringir aos casos indicados. À prescrição excessiva é indicação de má-qualidade e altos custos)

- Taxa de antibioticoterapia profilática: $(\text{número de pacientes medicados sem necessidade} / \text{número total de pacientes}) \times 100$
- Taxa de consumo terapêutico: $(\text{número de pacientes medicados} / \text{total de pacientes}) \times 100$

24. Indicadores de desperdício (descobrir as causas):

- materiais: quantidade incorreta de materiais adquiridos; material hospitalar; material Odontológico; alimentos; material de limpeza e higiene; impressos e material de escritório.
- recursos humanos: ignorar talentos, idéias, conhecimento, informações que redundarão em retrabalho; ausência de ações inovadoras, que resultarão atraso ou inviabilidade devido ao desconhecimento de procedimentos; subutilização da força de trabalho, que implicará em baixa produtividade; insatisfação do funcionário que ocasionará em ineficiência e ineficácia.
- Métodos de trabalho: sofisticação técnica que pode produzir custos de implantação e manutenção além dos necessários; a falta de sofisticação necessária pode não garantir a qualidade final do serviço prestado; falta de etapas no processo normalmente acarreta gargalos, ou seja, etapas sobrecarregadas que não acompanham o ritmo do processo, causando perda de tempo e recursos; excesso de etapas no processo gera custos maiores que os necessários e pode causar atrasos diversos na elaboração dos serviços prestados.
- Equipamentos e máquinas: com equipamento obsoleto, a quantidade ou a qualidade obtida, fica abaixo da média de instituições semelhantes e isso reduz a competitividade; com equipamento excessivamente avançado, o volume e a qualidade absorvidos pela instituição podem não justificar o aumento de custos associados; excesso de equipamentos aumenta a necessidade de espaço para os equipamentos que, se não usados, podem sofrer degradação e, portanto, cresce o custo unitário.
- Meio ambiente: energia elétrica, água.
- Fornecedores: agilidade de atendimento (tempo de entrega do material); a própria qualidade do material vendido (cujo material pode não corresponder ao que foi solicitado na compra); padrão do material vendido pelos fornecedores não corresponde ao padrão nacional.

Resultados - avaliam a satisfação dos pacientes e dos prestadores, avaliam o impacto do cuidado sobre a saúde do paciente, ou seja, se o processo resultou em melhora ou não do estado de saúde. São medidos através das seguintes características - eficiência, eficácia e efetividade (esperança de vida ao nascer, esperança de vida aos 65 anos):

1. Número de reclamações (prestadores e/ou usuários): indica satisfação ou insatisfação dos prestadores e/ou usuários
2. Satisfação do usuário
3. Satisfação do prestador
4. Acidentes de trabalho
5. Satisfação do fornecedor, do visitante, do acompanhante
6. Taxa de infecção hospitalar
7. Taxa de mortalidade hospitalar
8. Taxa de mortalidade infantil
9. Taxa de mortalidade materna
10. Taxa mortalidade neonatal
11. Taxa de mortalidade por grupos etários específicos ou por causas específicas
12. Incidência ou prevalência de doenças (epidemiologia) – sarampo, meningite bacteriana, cárie, câncer, doença periodontal, tuberculose, etc.
13. Taxa de complicações ou intercorrências
14. Número de altas por período

APÊNDICE B – Questionário aplicado aos profissionais de Odontologia (cirurgiões-dentistas) e aos Coordenadores de Regionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Prezado Colega,

Estamos enviando a todos os cirurgiões-dentistas e Coordenadores de Regionais da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis o presente questionário, com intuito de identificar, segundo os senhores, quais Indicadores da Qualidade, dentre os muitos citados na literatura, julgam mais pertinentes para a avaliação do serviço de Odontologia prestado no município.

As repostas aos questionários nos permitirão definir alguns Indicadores da Qualidade, os quais poderão ser utilizados, posteriormente, pelo município para avaliação dos serviços de saúde. As informações obtidas com a aplicação de indicadores podem auxiliar no planejamento dos serviços e no acompanhamento das ações.

Sendo assim, pedimos sua colaboração no preenchimento deste questionário e desde já agradecemos ao colega por atender nossa solicitação.

Atenciosamente,

Schelle Aldrei de Lima Da Soller (Pesquisadora principal)
Gilsée Ivan Regis Filho, Dr. (Pesquisador responsável)

1. Identificação do sujeito da pesquisa:

Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()

Idade: _____ anos

Cargo que ocupa: 1.3.1 Cirurgião-dentista da rede ()

1.3.2 Coordenador ()

2. Para cada indicador da qualidade citado abaixo indique, segundo sua opinião, o grau de importância deste para avaliar a qualidade dos serviços de odontologia:

2.1 Tempo de espera em fila ou lista de espera

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.2 Tempo de espera entre marcação da consulta e o atendimento

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.3 Número de mesas redondas semanais para o planejamento multidisciplinar da assistência

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.4 Acesso e disponibilidade do serviço para o paciente

2.4.1 Localização geográfica (distância do trabalho e/ou residência até o Centro de Saúde (CS); gasto financeiro até chegar ao CS)

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.4.2 Número de profissionais cirurgiões-dentistas por habitante

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.4.3 Número de CS por população de referência (por área geográfica de atendimento)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.5 **Número de consultas realizadas por cada profissional em um dia de trabalho**

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.6 **Horas treinamento ou cursos fornecidos pela instituição ao cirurgião-dentista (CD)/ano**

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.7 **Uso de pessoal auxiliar (Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental)**

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.8 Taxa de absenteísmo (falta ao trabalho)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.9 “Turnover” (índice de rotatividade dos profissionais, por exemplo: por troca de unidade, por demissão, etc.)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.10 Incentivos financeiros aos profissionais (salário, vale-transporte, vale-alimentação, plano de saúde, etc.)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.11 Indicadores de sustentabilidade:

2.11.1 Gasto público em saúde percapita:

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.11.2 Percentagem do gasto público em saúde dentro do gasto público total:

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.12 Número de profissionais especialistas nas diversas áreas da Odontologia

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.13 Número de equipamentos/consultórios e instrumentais disponíveis

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.14 Indicadores de produtividade**2.14.1 Relação entre o número de pacientes atendidos por funcionário**

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.14.2 Relação entre número atendimentos por unidade de tempo

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.15 Tempo para realização de exames solicitados

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.16 Percentagem de exames solicitados e não realizados

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.17 Percentagem de exames repetidos

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.18 Número de prontuários incompletos

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.19 Números de prontuários com a primeira consulta em branco

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.20 Percentagem de diagnósticos errados

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.21 Número de procedimentos errados

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.22 Indicadores de uso**2.22.1 Número de consultas (serviços) recebidos por cada paciente em um período de tempo**

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.22.2 Razão entre o número de pessoas atendidas e a população de referência

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.23 Indicadores de resolutividade (índice de retorno à emergência pela mesma causa; índice de retorno para novo tratamento em um período de 15 dias após a alta)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.24 Número de pacientes em assistência domiciliar

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.25 Número de visitas da Equipe de Saúde Bucal (Estratégia de Saúde da Família) por paciente

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.26 Cuidados com biossegurança (utilização de luvas em todos os procedimentos; cuidados com instrumentos perfuro-cortantes; uso de luva e avental na limpeza e desinfecção dos equipamentos; uso de máscara, óculos e luvas no reprocessamento do material)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.27 Número de altas por período

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.28 Número de palestras, reuniões e atividades para a comunidade

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.29 Indicadores de desperdício (de material; de mão-de-obra; de recursos financeiros ou meio ambiente: água, luz, etc.; de equipamento)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.30 Número de reclamações

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.31 Satisfação do usuário

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.32 Satisfação do prestador (cirurgião-dentista)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.33 Taxa de incidência ou prevalência de doenças (Índice de cárie – CPO-d; câncer; doença periodontal; etc.)

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.34 Número de acidentes de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Instituição

- ☐ Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- ☐ Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

2.35 Número de casos de doenças ocupacionais dos cirurgiões-dentistas que trabalham na Instituição

- () Irrelevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Pouco relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Relevante na avaliação da qualidade do serviço
- () Muito relevante na avaliação da qualidade do serviço

3 Sugestão de outros indicadores que você julgue importante:

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Schelle Aldrei de Lima Da Soller (pesquisadora principal), aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia, mestrandia em Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, convido você a participar da pesquisa “UTILIZAÇÃO DE INDICADORES PARA QUALIDADE EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE ODONTOLOGIA: um estudo de caso”. Sua participação não é obrigatória, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição. Podendo, a qualquer momento, se assim decidir, desistir de participar e retirar seu consentimento pelo telefone 9968-4955, e-mail schelle_soller@hotmail.com ou via carta para o endereço da pesquisadora (informado no final deste documento).

O objetivo do trabalho é identificar quais métodos (Indicadores de Qualidade) são mais adequados para avaliar um serviço público de Odontologia e com isso poder avaliar a qualidade do serviço prestado à população. Sua participação se dará através do preenchimento de um questionário previamente elaborado pela pesquisadora. A partir do resultado da pesquisa pretende-se identificar as melhorias necessárias ao serviço de modo a beneficiar todos aqueles que usam ou participam do serviço.

Não são previstos riscos neste tipo de estudo e as informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Em nenhum momento, na apresentação dos dados, será divulgado o nome do participante.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa ou sua participação a qualquer momento.

Schelle Aldrei de Lima Da Soller
Pesquisadora Principal

Endereço e Telefone da pesquisadora:

Av. Gov. Irineu Bornhausen, 3322

Agronômica Florianópolis/SC

CEP: 88025-200

9968-4955 ou 3224-1831

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Declaro ter sido devidamente esclarecido sobre a pesquisa e minha participação.

Sujeito da Pesquisa

Tabela 14: Respostas categorizadas (SIM e NÃO) dos coordenadores quanto aos indicadores de processo

[illegible]

Tabela 15: Total de respostas categorizadas (SIM e NÃO) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos indicadores de processo

[illegible]

Tabela 16: Respostas categorizadas (SIM e NÃO) dos cirurgiões-dentistas quanto aos indicadores de resultados

[illegible]

Tabela 17: Respostas categorizadas (SIM e NÃO) dos coordenadores quanto aos indicadores de resultados

[illegible]

Tabela 18: Total de respostas categorizadas (SIM e NÃO) (cirurgiões-dentistas e coordenadores) quanto aos indicadores de resultados

[illegible]

APÊNDICE E – Roteiro desenvolvido com base no manual de biossegurança da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, para avaliação do indicador “ cuidados com biossegurança”

1. Lavagem das mãos:
 - a) Pré e pós-atendimento?
 - b) Como é realizada (tipo de sabonete ou produto utilizado, só mão ou braço também)?
 - c) Como é seca (toalha descartável ou não)?
2. Uso de luvas*:
 - a) Descartável?
 - b) Usada fora do campo operatório?
3. Uso de máscara*:
 - a) Colocadas antes de lavar as mãos?
 - b) Descartadas diariamente ou na presença de respingos de sangue ou secreções?
 - c) Procedimentos cirúrgicos: descarte a cada paciente?
4. Uso de avental*:
 - a) Vestido antes de lavar as mãos, ter mangas longas, colarinho e punhos fechados?
 - b) Trocado diariamente (ou a cada paciente em casos cirúrgicos) ou quando com respingos de sangue ou secreções (quando não for descartável, manipulá-lo com luvas e colocá-lo em saco plástico até sua desinfecção e lavagem)?
5. Uso de gorro ou toca*:
 - a) Vestido antes de lavar as mãos?
 - b) Descartado quando com respingos de sangue ou secreções e diariamente?
6. Uso de proteção ocular* (também para o paciente):
 - a) Descontaminada após o uso?
 - b) Fornecidos ao paciente (se possível) sempre que o procedimento a ser realizado trazer risco à integridade ocular do paciente?

c) Lavados com solução desencrostantes ou enzimáticas em cuba ultra-sônica e desinfetados por imersão por 30 minutos em glutaraldeído a 2%?

* Usados por toda a equipe e restritos ao ambiente de trabalho, ou seja, ao consultório odontológico.

7. Cuidados com material perfuro-cortante:

- a) Deixar a broca na caneta apenas o tempo necessário para o uso?
- b) Qual cuidado ao reencapar e retirar agulhas anestésicas (utilizar equipamento que ofereça apreensão segura sobre a tampa e não diretamente a mão do operador)?
- c) Alongamento e remoção de lâminas de bisturi pós-uso é realizado com auxílio de uma pinça tipo Kelly, hemostática ou de um porta agulhas?
- d) Descarte em recipientes de paredes rígidas.(depois de preenchido até a linha limite colocar em saco branco leitoso e com símbolo de material infectante, padronizado pela ABNT e em local apropriado)?
- e) Material reutilizável: recipiente deve conter solução desinfetante e caracterizado como contaminado?
- f) Lavagem e descontaminação como são feitas (com luvas de borracha resistentes que devem ser desinfetadas após uso com álcool 70% ou hipoclorito de sódio a 1%)?

8. Acidentes com perfuro-cortante:

- a) Como proceder?

9. Limitação da contaminação:

- a) Ambiente: paredes, forro, piso e ventilação adequados (descrever):
- b) Como ocorre a limpeza da área física: realizada no mínimo uma vez por semana e/ou quando apresentar contaminação por matéria orgânica, lavando-se com água e sabão, observando-se uma sequência (paredes, pias, bancadas e depois o piso que devem ser friccionados)?
- c) E a desinfecção da área física: diária e realizada no início e final do expediente, antes de procedimentos cirúrgicos ou outros procedimentos invasivos e quando houver contaminação por matéria orgânica, utilizando-se fenóis sintéticos, hipoclorito de sódio a 1% ou álcool a 70%?

- d) Desinfecção do equipo (cadeira, cuspideira, refletor, seringa etc.) são limpos com água e sabão e posteriormente desinfetados a cada paciente?
- e) Quais os cuidados com equipamentos e superfícies que têm o contato manual da equipe (ex: refletor, foto, ultras som, seringa triplice e etc.), são cobertos com invólucros apropriados, impermeáveis e de fácil utilização (ex. filme PVC) que devem ser trocados a cada paciente? E a desinfecção?
- f) Como é desinfetado a alta rotação? (sugestão: remover os detritos com gaze umedecida em água e detergente e secar com toalha descartável, acionar a água por 30 segundos após cada paciente, desinfetar por fricção com álcool 70% (esperar secar e repetir mais 2 vezes), glutaraldeído, hipoclorito de sódio a 1%, solução de clorexidina digluconada ou fenol sintético (altamente tóxico), envolver com protetor descartável de látex ou filme PVC (acionar por 3 minutos antes do início do expediente). (*Obs.: Se possível autoclavar a cada paciente.*)
- g) Lavatórios com dispositivo que dispense o contato das mãos com o volante da torneira? Utiliza toalha de papel descartável e sabonete líquido?
- h) Tubetes anestésicos são desinfetados com álcool a 70% por 30 segundos antes de serem usados?

Antes de iniciar qualquer intervenção:

- i) Solicita-se ao paciente que faça bochecho com solução anti-séptica (ex: digluconato de clorexidina a 0,12%)?
- j) Para procedimento cirúrgico é realizada anti-sepsia da face do paciente com soluções anti-sépticas (clorexidina a 2% em álcool ou iodóforos como o polivinilpirrolidona-iodo a 10%) e proteção com campo operatório (com campo de descartável esterilizado)?

10. Processamento de materiais:

- a) Os materiais são, previamente a esterilização, lavados em água corrente, desinfetados, limpos e secos?
- b) São esterilizados em:
- estufa (ver temperatura, se há termômetro, tempo, como são embalados – bem espalhados, em caixas de alumínio próprias, quanto tempo aguardar para retirar o material)?
 - autoclave (qual material utilizado para embalar, tempo e temperatura)?
 - meio químico (glutaraldeído a 2 % por 12 horas em caixa de plástico com tampa e armazenados de acordo com suas características e utilização)?

- c) para a realização dos procedimentos de esterilização o profissional esta adequadamente paramentado (luvas grossas, avental, protetor ocular, máscara e outros)?
- d) Há avaliação da eficácia do método adotado (semanal por meio de indicadores físicos, químicos e biológicos de ação comprovada)?
- e) Como é a estocagem do material (armário fechado, limpo e seco, material deve ter data da esterilização e data de validade desta)?
- f) Como é feito o descarte do material contaminado (sacos plásticos brancos com indicação de material contaminado para todos os produtos que não sejam cortantes ou perfurantes)?
- g) E para o uso de sugadores que não descarregam os fluidos aspirados diretamente no esgoto: inserir no frasco coletor uma solução de alto poder anti-séptico (ex: solução de formaldeído, formol 37%, n-dodecibenzeno sulfonato de sódio grau técnico, solução a 12%, essência de eucaliptol, hipoclorito de sódio (água qsp ou água sanitária), hidróxido de sódio, cloreto de sódio e água)?
- h) Como são removidos os detritos do piso (com vassoura ou rodo com pano úmido)? E sangue ou secreções (retirados com pano ou papel, aplicar desinfetante hipoclorito a 1% por 30 minutos e proceder à limpeza com água e sabão)?

11. Risco físico:

- a) Quanto ao ruído: onde esta instalado o compressor, há uso de protetores auditivos?
- b) Quanto a radiação ionizante: que tipos de barreiras, qual tipo de filme?
- c) Quanto a radiação não ionizante (luz e laser): uso de óculos de proteção específicos para a equipe e para o paciente?

12. Risco químico:

- a) Mercúrio: como é feita a manipulação (mascara e luva)? Como é dispensado? Onde é descartado?

13. Risco ergonômico:

- a) Observar: prática postural de toda a equipe, efeitos cumulativos: levam a doenças crônicas degenerativas, doença óssea: relacionada a esforços repetitivos, evitar manobras bruscas, iluminação em ângulo perpendicular à área de trabalho.

14. Cuidados com a equipe:

- a) Observar: a equipe deve ser imunizada contra hepatite B, tuberculose, tétano, difteria, rubéola, sarampo, varicela, caxumba, gripe e pneumonia

15. Treinamento:

- a) Toda equipe deve ter treinamento adequado e acompanhamento constante para biossegurança.

APÊNDICE F – Fotos para avaliação da postura dos dentistas 1 e 2, na avaliação do indicador “cuidados com biossegurança”(imagens alteradas para garantir anonimato dos sujeitos da pesquisa).



Dentista 1 em atendimento



Dentista 2 em atendimento



ANEXO 1



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de
biossegurança”*

Dezembro de 2004

Apresentação

A atenção integral à saúde, objetivo do Sistema Único de Saúde, inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se à ações em outros níveis assistenciais, compondo o “cuidado à saúde” (CECÍLIO e MERHY 2003). É a rede básica de saúde, portanto, a grande responsável pelo cuidado em saúde e cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidades; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; significa acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde.

As proposições no âmbito da atenção básica devem ser norteadas pelo entendimento da dupla dimensão do processo saúde-doença, que exige não apenas soluções voltadas para o indivíduo mas também intervenções de caráter coletivo, orientadas por critérios de prevalência, incidência, magnitude e possibilidade de resposta. (DAB/SES-SP 2002). E este nível de atenção necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade, num processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Esse nível deve, assim, “ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificado no sentido de também prover cuidados contínuos para os pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais” (CARTA DE SERGIPE 2003).

É neste contexto que se inserem a ação de saúde bucal.

E é preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas saudáveis. Significa também estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Implica na possibilidade de uma pessoa exercer plenamente funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento, o que contribuirá para sua saúde geral. Não se pode separar saúde bucal da saúde geral, que está diretamente relacionada com qualidade de vida. (PETERSEN 2003; NARVAI 2003, SES-SP2004).

E é igualmente relevante reconhecer que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde (1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal, 1986 e 1993).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), além de destacar que as condições de saúde bucal podem mostrar sinais significativos de exclusão social, teve como objetivo identificar os principais problemas e buscar meios e recursos para superá-los nos diversos níveis de atuação do SUS.

E, nunca é demais lembrar, ter saúde bucal é um direito de cidadania, assegurado pela Constituição de 1988, direito que deve ser efetivado mediante políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O sujeito da atenção básica em saúde bucal é o cirurgião-dentista clínico geral, que, assim, deve estar apto a atuar tanto na assistência, desenvolvida na Unidade de Saúde, como em ações coletivas e intersetoriais, sempre com o conhecimento do perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade.

As ações desenvolvidas na atenção básica em saúde bucal passam por um processo de evolução desde a implantação do SUS, tanto no que diz respeito ao público alvo contemplado quanto na sua complexidade. Isto implica na incorporação e desenvolvimento

de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contra-referência proporcionado o atendimento integral do indivíduo, tendo como meta efetivar os preceitos constitucionais já citados.

Na saúde bucal cada vez mais se faz necessário ampliar o conjunto de ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista clínico geral no sentido de se obter maior qualidade e resolutividade.

Para tal, faz-se necessário instrumentalizá-lo em relação a técnicas e procedimentos especializados que possam ser realizados na atenção básica, estabelecendo limites de atuação profissional e condições de encaminhamento.

Com esse objetivo, o Centro Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, reuniu um grupo de trabalho constituído de profissionais da rede estadual de saúde, com experiência em diferentes especialidades e também com experiência na rede básica de saúde, para a construção de um conjunto de recomendações, com embasamento científico, que pudessem ser discutidas por profissionais representando municípios no âmbito das 24 Direções Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DIR), incorporando as suas contribuições e experiências.

Foi um processo longo, porém cuidadoso, iniciado em fevereiro de 2003, que teve, como etapas, o estabelecimento de estratégias de trabalho, com a definição da estrutura dos cadernos; a revisão de literatura e elaboração de documentos para discussão inicial, o planejamento e a realização de oficinas com representantes de municípios e Faculdades de Odontologia das 24 Direções Regionais de Saúde (DIR), incorporação das sugestões e formatação e revisão final.

O trabalho foi finalizado com a constituição de sete Cadernos de Saúde Bucal, denominados: “Qualidade e resolutividade na atenção básica”:

- Recomendações para atendimento pacientes com necessidades especiais
- Recomendações sobre cirurgia ambulatorial
- Recomendações sobre endodontia
- Recomendações sobre periodontia
- Recomendações sobre semiologia
- Recomendações sobre odontopediatria e ortodontia preventiva
- Recomendações sobre biossegurança .

Cada Caderno tem características específicas de acordo com a complexidade da especialidade contemplada e certamente cumprirá o objetivo, já enunciado anteriormente - o de subsidiar o cirurgião-dentista da rede básica no esgotamento de suas possibilidades propedêuticas e clínicas, auxiliando-nos também no que e como referenciar aos níveis mais especializados.

É com muita satisfação, pois, que colocamos à disposição de todos os profissionais, e não apenas para os do SUS, esses sete Cadernos de Saúde Bucal.

Agradecemos, nesta oportunidade, aos que participaram da elaboração deste trabalho, com a dedicação de seu precioso tempo e conhecimento, cuja recompensa é a possibilidade de dividir seus saberes de forma solidária e democrática, contribuindo para a melhoria da atenção à saúde bucal da comunidade usuária do SUS.

São Paulo, dezembro de 2004.

Tania Izabel Bighetti Forni
Assessora de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares
Diretora do Centro Técnico de Saúde Bucal

Geraldo Alckmin
Governador do Estado de São Paulo

Luis Roberto Barradas Barata
Secretário da Saúde

Centro Técnico de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares - Diretora

Assessores

Vladen Vieira
Tania Izabel Bighetti Forni
Angela Maria Spadari D'Amelio
Doralice Severo da Cruz
Ana Flávia Pagliusi Gennari
Julie Silvia Martins
Maria Egláucia Maia Brandão

GRUPO DE TRABALHO

Coordenação Executiva:
Tania Izabel Bighetti Forni

Participantes:

Hiroko H. Nishiyama (DIR I)

Alice M. N. Fugita (Visconde de Itaúna)	Léa Márcia C. F. Alahmar (Visconde de Itaúna)
Claudio Massami Suzuki (Visconde de Itaúna)	Maria Cristina de Carvalho (NRS 4)
Dolores M. S. Russo (Amaral Gurgel)	Marco Antonio T. Martins (CS I Pinheiros)
Fabiana N. Silva (PAM Lapa)	Myriam Rossi (Amaral Gurgel)
Jorge Ferreira de Araújo (Hospital das Clínicas)	Rita de Cassia B. Vilarim (PAM Lapa)
Doralice Severo da Cruz Teixeira (CRI)	Angela Maria Spadari D'Amelio (CTSBucal)

Colaboradores

Azzo Widman (SES-SP – Hospital das Clínicas)
 Carlos Alberto Machado (SES-SP – Centro de Referência de Hipertensão)
 Carlos Bonilha (SES-SP – CSI Vila Maria)
 Cibele Paiola (DIR I – PAM Lapa)
 Edison José Boccardio (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)
 Iara Oliveira Pais de Camargo (DIR I – PAM Lapa)
 Inaldi Marília Fernandes Bispo (SMS-SP – UBS Jardim São Paulo)
 Fernanda Lúcia de Campos (SMS-SP – COGEST – Saúde Bucal)
 Julia Futaki (Clínica particular)
 Luis Alberto Valente Junior (FM-USP – Hospital das Clínicas – Divisão de Odontologia)
 Marina de Fátima Rossi de Monteiro Piva (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)
 Marisa Santiago S. Boreni (SES-SP – Clínica Amaral Gurgel)
 Pedro Orville Megale (DIR I – PAM Lapa)
 Regina Auxiliadora de Amorim Marques (SMS-SP – CSSub-prefeitura Butantã)
 Silvio Carlos Coelho de Abreu (SMS-SP – PSF Santa Marcelina)

Representantes das Direções Regionais de Saúde

DIR I: Hiroko H. Nishiyama
 Mylene Cristina Pauletto; Maureen Ohara; Tania Mendonça; Maria Aparecida Custodio Ferreira; Teresa Cristina de Abreu
 DIR II: Elisa Ferraz de Alvarenga
 Maria Inez Arantes Azevedo B. Lippi; Sheila Ruegger Fabiano (Ribeirão Pires)
 DIR III: Viviane Armindo P. de Miranda
 Nelson Nakazone (Guarulhos); Egle Lucy Guimarães (Itaquaquecetuba)
 DIR IV: Rosele Alves de Araújo
 Márcia Macedo; Vítor Eugênio Aoki; Sérgio Paulo Barbosa; Marínez Macedo (Francisco Morato)
 DIR V: Renato Maurício da Cruz
 Olga Maria D. Pires (Embu das Artes); José Alberto Tarifa Nogueira (Embu das Artes); Amélia Mendes N. Guermandi (Embu das Artes); Nilva T. Kitani (Embu das Artes)
 DIR VI: Lúcia Maria Alves de Lima
 Milton Zampieri Júnior (Araçatuba); Álida Cristina Botazzo Delbem Fornazari (Araçatuba); Liliane Passanezi Almeida Louzada (FO-Araçatuba); Cintia Megid Barbieri (FO-Araçatuba)
 DIR VII: José Carlos Amantéa
 Gema Maria Pagliarini Pizani (Araraquara)
 DIR VIII: Cleuber Landre
 DIR IX: Helda Maria Lucarelli
 Alex Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos); Juliemy Aparecida de Camargo Schuoteguazza (Faculdade de Odontologia de Barretos); Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos),
 DIR X: Elaine Aparecida Casarin
 Maria Rúbia Ayub Vaca (Borebi); Maria Inês Pereira Bernardes (Agudos)
 DIR XI: Ana Paula Machado; Arnaldo Porto

DIR XII: Nadja Moscoso Abdalla
 Rosimary de Fátima Val (Campinas); Paulo Camargo Moraes (Cosmópolis); Daniel
 Guimarães Pedro Rocha; (Paulínia) Maurício Saurin (Sumaré); Zuleica Meluza dos
 Santos (Vinhedo); Aparecida Inácio de Oliveira (Paulínia)
 DIR XIII: Cláudio José Abrahão
 DIR XIV: Suzel Marlene Longhi Nunes Oliveira
 DIR XV: Simone Rennó Junqueira; Roberta Molina
 DIR XVI: Diana Tsuyako Sjikura
 Rosa Maria Outeiro Pinto Moreira
 DIR XVII: Severino Florêncio
 Carlos Augusto Garcia de Alencar (Pariquera-açu e Sete Barras); Ricardo Adilson
 Soares (Miracatu e Juquiá); Marcos Aurélio Maeyama (Iguape e Juquiá); Francisco
 de Paula Spagnuolo Neto (Pedro de Toledo); Ana Cristina Messaggi Gomes
 Vendramini (Jacupiranga); Cristianne Aparecida Costa Haraki (Pariquera-açu)
 DIR XVIII: Vera Lúcia Morando Simi
 DIR XIX: Aparecida Soares Franco
 DIR XX: Airton Dias Paschoal; Suely Elizabeth L. Moreira
 DIR XXI: Vera Lúcia de Carvalho Pirk
 Ana Antonieta P. Valias (São José dos Campos); Marinaldo Guilhermino (São José
 dos Campos); Maria Aparecida Oliveira Melo (São José dos Campos); Guilherme
 Ungari (São José dos Campos); Elias Cecílio Neto (São Sebastião); Jefferson Klink
 (São Sebastião)
 DIR XXII: Júlio César P. Gomes
 Gisele Rocco Pereira (São José do Rio Preto); Sandra Regina Lourenço Gomes
 (São José do Rio Preto)
 DIR XXIII: Wilson Gonçalves; Maria do Carmo B. Gonçalves
 DIR XXIV: Maristela Luzia
 Flávio Augusto Claro (Taubaté); Fábio Ribeiro Ito (Tremembé); Lilian Barbosa
 Moassab (Taubaté)

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

1. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”

- classificação dos pacientes segundo tipo de deficiência;
- descrição (definição, etiologia, características, sinais e sintomas) das alterações mais relevantes por sistema
- classificação de tratamentos odontológicos por grupos de procedimentos (I, II, III, IV, V, VI), dos menos invasivos para os mais invasivos, o que vai estabelecer o limite de atuação entre clínico geral e especialista e condições de encaminhamento;
- aspectos que devem ser obtidos a partir da avaliação médica e que devem ser considerados na avaliação odontológica;
- classificação de risco e grupos de tratamentos indicados para cada categoria,;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

2. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial”

- aspectos a serem observados na consulta inicial e no pré-operatório cirúrgico cuja descrição está detalhada nas “Recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”,
- sinais e sintomas de interesse na região de pescoço e cabeça;
- aspectos a serem considerados no exame físico e exames complementares mais utilizados;
- fluxo dos pacientes e plano de tratamento detalhando as condutas do clínico geral nos grupos de intervenções emergenciais odontológicas, intervenções emergenciais médicas e exodontias simples;
- aspectos relacionados a dor orofacial;
- condutas a serem tomadas em situações de complicações trans e pós-operatórias;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;

3. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia”

- indicações de endodontia;
- recursos utilizados no diagnóstico das alterações pulpare nas diferentes fases de evolução;
- condutas conservadoras que devem ser adotadas pelo clínico geral;
- condutas radicais indicadas para o especialista, com interface com o clínico geral em relação a pulpectomia, drenagem via transdental e extradental (intra e extrabucal);
- condutas de urgência em função de observações na anamnese, no exame físico e nos exames complementares;
- descrição dos passos de cada procedimento;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

4. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia”

- aspectos relacionados ao controle da placa bacteriana;
- descrição do índice utilizado para a avaliação periodontal, estabelecendo o limite de atuação entre clínico geral e especialista;
- descrição e funções das sondas periodontais mais utilizadas;
- características de saúde e de doença do tecido gengival a serem identificadas no exame clínico;
- classificação e descrição das doenças periodontais;
- considerações sobre tabagismo e seu papel na evolução das doenças periodontais;
- descrição dos tratamentos a serem realizados pelo clínico geral e pelo especialista e suas interfaces;
- condutas de urgência em periodontia;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

5. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de semiologia”

- aspectos relacionados ao exame clínico, à anamnese e ao exame físico;
- características dos exames complementares necessários ao diagnóstico de alterações;
- descrição das lesões fundamentais;
- grupos de lesões, tipos de alterações, características clínicas, tipo de diagnóstico e tratamento;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

6. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva”

- aspectos relacionados ao exame clínico como posição do bebê para exame e situações de normalidade e alterações importantes em relação ao exame físico geral, extra e intra-bucal e oclusão;
- descrição de manifestações bucais de doenças viróticas, bacterianas e fúngicas, bem como de aspectos relacionados à respiração bucal;
- seqüência de erupção dentária e risco de cárie dentária;
- para cada tipo de alteração descrita, o tratamento recomendado e o profissional indicado para sua execução e as interfaces de atuação;
- descrição detalhada dos procedimentos a serem realizados pelo clínico geral;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

7 - “Qualidade e resolutividade na atenção básica” recomendações de biossegurança”

- abordagem resumida das medidas de precaução universal a ser considerada na prática odontológica, reportando-se às portarias e resoluções relacionadas;
- bibliografia recomendada.

Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de biossegurança

Responsáveis

Maria Cristina de Carvalho

Sumário

Definição.....	10
Medidas técnicas ou precauções universais.....	10
Bibliografia recomendada.....	16

BIOSSEGURANÇA

Definição	
Conjunto de medidas voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos os quais possam comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos, medidas estas que devem ser efetivadas para a qualificação das diversas atividades.	
Medidas técnicas ou precauções universais	
Registro da história médica atual e pregressa	Deve ser descrito de maneira clara e completa para se tomar as providências necessárias para o melhor atendimento (ex: regime profilático, controle de transmissão de doenças infecto contagiosas etc)
Lavagem das mãos	<p>Pré e pós-atendimento: toda a equipe</p> <p>Seqüência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensaboar todas as áreas das mãos, friccionado-as com sabonete líquido e retirar todos os resíduos de sabão - enxugar com papel toalha <p>Para pele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - digluconato de clorexidina a 2%ou polivinilpirrolidona-iodo (PVPI) a 10% em solução aquosa <p>Procedimentos pré-cirúrgicos e de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - área lavada deve se estender até o cotovelo
*Uso de luvas	<p>Utilização por toda a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - calçá-las após lavagem das mãos - verificar ruptura de integridade das luvas pré e pós-atendimento - deve ser descartada** após o uso - uso de sobre-luvas descartáveis: qualquer situação fora do campo operatório (ex.: tomada radiográfica) e descarte posterior
*Uso de máscaras	<p>Utilização por toda a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - devem ser colocadas antes de lavar as mãos - devem ser descartadas** diariamente ou na presença de respingos de sangue ou secreções - procedimentos cirúrgicos: descarte a cada paciente
*Uso de avental	<p>Utilização por toda a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve ser vestido antes de lavar as mãos, ter mangas longas, colarinho e punhos fechados - deve ser trocado diariamente (ou a cada paciente em casos cirúrgicos) ou quando com respingos de sangue ou secreções (quando não for descartável, manipulá-lo com luvas e colocá-lo em saco plástico até sua desinfecção e lavagem)**
*Uso de gorro ou touca	<p>Utilização por toda a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve ser vestido antes de lavar as mãos - deve ser descartado** quando com respingos de sangue ou secreções e diariamente

Medidas técnicas ou precauções universais (continuação)	
*Proteção ocular	<p>Utilização por toda a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve ser descontaminada após o uso - pode ser óculos de proteção (com bom vedamento periférico e adaptação facial) ou escudos faciais protetores - devem ser fornecidos ao paciente (se possível) sempre que o procedimento a ser realizado trazer risco à integridade ocular do paciente - devem ser lavados com solução desincrostantes ou enzimáticas em cuba ultra-sônica e desinfetados por imersão por 30 minutos em glutaraldeído a 2%
<p>* Devem ser restritos ao ambiente de trabalho</p> <p>** Descartado em lixo branco leitoso e rotulado “INFECTANTE” (Padrão Associação Brasileira de Normas Técnicas –ABNT, NBR: 9190 e 9191 de 1993 e NBR: 7500)</p>	
Cuidado no manuseio de perfurocortantes	<ul style="list-style-type: none"> - deixar a broca na caneta apenas o tempo necessário para o uso - cuidado ao reencapar e retirar agulhas anestésicas (utilizar equipamento que ofereça apreensão segura sobre a tampa e não diretamente a mão do operador) - alongamento e remoção de lâminas de bisturi pós-uso: deve ser realizado com auxílio de uma pinça tipo Kelly, hemostática ou de um porta agulhas - descarte: recipientes de paredes rígidas. (depois de preenchido até a linha limite colocar em saco branco leitoso e com símbolo de material infectante, padronizado pela ABNT e em local apropriado) - material reutilizável: recipiente deve conter solução desinfetante e caracterizado como contaminado - lavagem e descontaminação: devem ser feitas com luvas de borracha resistentes (estas devem ser desinfetadas após uso com álcool 70% ou hipoclorito de sódio a 1%)
Acidentes com perfuro cortantes	<ul style="list-style-type: none"> - área exposta: deve ser imediatamente lavada com sabão e água, aplicar sem friccionar polivinilpirrolidona-iodo (PVPI) aquoso a 10% com 1 % de iodo ativo ou álcool etílico a 70% ou solução anti-séptica degermante (em caso de mucosas, deverá ser feita lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica e não espremer a lesão) - solicitação de testes sorológicos para o paciente e o profissional - quimioprofilaxia anti-retroviral (1 a 2 horas após o acidente)
Limitação da contaminação	<ul style="list-style-type: none"> - ambiente: paredes, forro, piso e ventilação adequados - limpeza da área física: deve ser realizada no mínimo uma vez por semana e/ou quando apresentar contaminação por matéria orgânica, lavando-se com água e sabão, observando-se uma sequência (paredes, pias, bancadas e depois o piso que devem ser friccionados) - desinfecção da área física: deve ser diária e realizada no início e final do expediente, antes de procedimentos cirúrgicos ou outros procedimentos invasivos e quando houver contaminação por matéria orgânica, utilizando-se fenóis sintéticos, hipoclorito de sódio a 1% ou álcool a 70% - equipamentos (cadeira, cuspideira, refletor, seringa etc): devem ser limpos com água e sabão e posteriormente desinfetados - equipamentos e superfícies que têm o contato manual da equipe (ex: refletor), devem ser cobertos com invólucros apropriados, impermeáveis e de fácil utilização (ex. filme PVC) que devem ser trocados a cada paciente

Medidas técnicas ou precauções universais (continuação)	
Limitação da contaminação	<ul style="list-style-type: none"> - aparelho fotopolimerizador e ultra-som: após desinfecção, devem ser protegidos com papel filme (a cada paciente) - seringa triplice: após desinfecção, usar pontas descartáveis ou tubo plástico que deve ser descartado a cada paciente - alta rotação: remover os detritos com gaze umedecida em água e detergente e secar com toalha descartável, acionar a água por 30 segundos após cada paciente, desinfetar por fricção com álcool 70% (esperar secar e repetir mais 2 vezes), glutaraldeído, hipoclorito de sódio a 1%, solução de clorexidina digluconada ou fenol sintético (altamente tóxico), envolver com protetor descartável de látex ou filme PVC (acionar por 3 minutos antes do início do expediente). (<i>Obs.: Se possível autoclavar a cada paciente.</i>) - superfície de trabalho: friccionar toalha de papel descartável com álcool 70% esperar secar e repetir a operação por mais 2 vezes - lavatórios: com dispositivo que dispense o contato das mãos com o volante da torneira - utilizar toalha de papel descartável e sabonete líquido - bacia de cuspeira: após limpeza com água e sabão, atomizar hipoclorito de sódio a 1% a cada paciente - tubetes anestésicos: devem ser desinfetados com álcool a 70% por 30 segundos antes de serem usados - secreções contaminadas: evitar a dispersão utilizando-se sucores de alta potência e lençóis de borracha <p>Antes de iniciar qualquer intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - solicitar ao paciente que faça bochecho para antisepsia de mucosa com solução anti-séptica (ex: digluconato de clorexidina a 0,12%) - para procedimento cirúrgico: antisepsia da face do paciente com soluções antissépticas (clorexidina a 2% em álcool ou iodóforos como o polivinilpirrolidona-iodo a 10%) e proteção com campo operatório (com campo de descartável esterilizado)
Processamento de materiais	<ul style="list-style-type: none"> - devem ser feitos monitoramento dos ciclos de esterilização e controle rigoroso da cadeia asséptica - para a realização dos procedimentos a seguir o profissional deve estar adequadamente paramentado (luvas grossas, avental, protetor ocular, máscara e outros) - os diversos materiais (instrumental e pontas) devem ser: <ul style="list-style-type: none"> • <u>lavados</u> em água corrente • <u>desinfetados</u>: imersão em glutaraldeído a 2% ou hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos em caixa de plástico com tampa (brocas de aço carbono sofrem maior corrosão e oxidação - moldes em siliconas, mecaptanas e alginatos, por exemplo, devem ser imersos por 10 minutos) • <u>limpos</u>: se possível em equipamento de ultra-som com solução desengrostante por 20 minutos ou detergente enzimático por 2 a 10 minutos (o tempo de imersão depende da capacidade de cada aparelho deve-se verificar manual de instruções do fabricante), retirar o material da imersão e com o mesmo produto proceder à escovação (escova exclusiva para este fim) e novo enxágüe em água corrente • <u>secos</u>: com pedaços de tecido, de campo descartável ou papel toalha, em estufa a 50°, secadora de ar ou ar comprimido

Medidas técnicas ou precauções universais (continuação)	
Processamento de materiais (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> esterilizados (ciclos de esterilização: de acordo com o equipamento e tipo físico, químico ou físico químico a ser utilizado): <p>calor seco: estufa, a 160° C, temperatura controlada por termômetro, por 2 horas ou a 170° C por 1 hora, o material deve ser bem distribuído, sem excesso, em caixas de alumínio de espessura adequadas, lacradas e identificadas, após atingir a temperatura, a porta deverá ser mantida fechada inicia-se o ciclo de esterilização, após as 2 horas, aguardar até a temperatura abaixar a 70°C para retirar o material</p> <p>calor úmido: autoclave, o material deve ser envolvidos por papel kraft ou crepado (com regularidade, gramatura e porosidade adequada, sem presença de produtos tóxicos e laudo técnico de barreira), cirúrgico de gramatura de 60g/m ou campo de tecido de algodão duplo cru lacrado e identificado, a 121° C por 30 minutos ou 132° C por 15 minutos em auto claves convencionais, uma atmosfera de pressão (brocas de aço carbono sofrem corrosão) e a 132° C por 4 minutos em auto clave de alto vácuo, segundo Resolução SS-15 de 18-01-99 (em relação ao tempo e temperatura de exposição deve-se seguir as orientações do fabricante)</p> <p>meio químico: glutaraldeído a 2 % por 12 horas em caixa de plástico com tampa e armazenados de acordo com suas características e utilização.</p> - avaliação da eficácia do método adotado: deve ser semanal por meio de indicadores (físicos, químicos e biológicos) de ação comprovada - estocagem do material: armário fechado, limpo e seco, material deve ter data da esterilização e data de validade desta - material contaminado: deve ser descartado em condições específicas (sacos plásticos brancos com indicação de material contaminado para todos os produtos que não sejam cortantes ou perfurantes) - agulhas, bisturis ou outros produtos cortantes ou perfurantes: usar latas, embalagens de plástico rígidas ou caixa de papelão resistente que devem ser recolhidos após ter 2/3 de sua capacidade utilizada - uso de sugadores que não descarregam os fluidos aspirados diretamente no esgoto: inserir no frasco coletor uma solução de alto poder anti-séptico (ex: solução de formaldeído (lisoform bruto), formol 37%, n-dodecibenzeno sulfonato de sódio grau técnico, solução a 12%, essência de eucalipito, hipoclorito de sódio (água qsp ou água sanitária), hidróxido de sódio, cloreto de sódio e água) - esvaziamento do frasco coletor: é fundamental estar de luvas grossas para limpeza, óculos de proteção e máscara, despejando os resíduos diretamente na rede de esgoto, lavando a seguir o frasco e recarregando-o com o agente anti-séptico - detritos do piso: retirar com vassoura ou rodo com pano úmido - sangue ou secreções: devem ser retirados com pano ou papel, aplicar desinfetante hipoclorito a 1% por 30 minutos e proceder à limpeza com água e sabão

Medidas técnicas ou precauções universais (continuação)	
Riscos físicos	Cuidados
Ruído	<ul style="list-style-type: none"> - compressor odontológico: deve ser instalado fora da sala de atendimento - equipamento de proteção auditiva: se possível, deve ser utilizado pela equipe
Radiação ionizante	<ul style="list-style-type: none"> - barreiras: meios para limitar-se à exposição ocupacional, interpostas entre o operados e a fonte radioativa (normalmente de chumbo, podem também ser de aço, concreto etc), empregados de acordo com a Norma Técnica de Radio-proteção (ex: aventais plumbíferos, protetores de tireóide e biombos) - laudos radiométricos: devem estar sempre atualizado - uso de filmes ultra-rápidos: reduz de 50% a dose no paciente e a padronização do processamento pode evitar repetição de exame
Radiação não ionizante	
Luz	<ul style="list-style-type: none"> - utilização de óculos de proteção, específico para aparelhos que emitem luz (podem ocasionar injúrias térmicas ou fotoquímicas à retina) - se possível também para o paciente
Laser	<ul style="list-style-type: none"> - utilização de óculos de proteção, específico para laser (devido às suas particularidades) - utilização por toda a equipe e paciente (devido ao risco de lesões de córnea irreversíveis)
Risco químico	<ul style="list-style-type: none"> - alguns materiais utilizados em odontologia: possuem potencial extremamente tóxico - intoxicações: podem ser evitadas com cuidados na manipulação e utilização dos equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos, touca etc)
Mercurio	<ul style="list-style-type: none"> - manipulação: necessário uso de máscara e luvas - p/ dispensá-lo: longe de qualquer fonte de calor, em recipiente impermeável com água ou líquido fixador de radiografia, bem vedado por um período de no máximo 17 dias - após este período: resíduos devem ser enviados a centros de reciclagem ou serem tratados em solução de enxofre para só depois disto lançá-los ao meio ambiente - detecção de vapores de mercúrio no ambiente: pode-se utilizar papel-filtro com cloreto de paládio na tampa do recipiente de armazenamento ou do amalgamador
Sílica - material de moldagem	<ul style="list-style-type: none"> - manipulação: necessário uso de máscara
Risco ergonômico	<ul style="list-style-type: none"> - prática postural de toda a equipe: deve ser efetiva - efeitos cumulativos: levam a doenças crônicas degenerativas - doença óssea: relacionada a esforços repetitivos - evitar manobras bruscas - iluminação em ângulo perpendicular à área de trabalho

Medidas técnicas ou precauções universais (continuação)	
Riscos de acidentes de trabalho	<p>Manter afiação de corte dos instrumentos cortantes</p> <p>Utilizar os equipamentos de proteção individual e coletivo</p> <p>Quando houver acidente com material perfuro-cortante com profissional ou com pessoal auxiliar, faz-se necessário a notificação e o encaminhamento à unidade de referência para a realizar os devidos exames</p> <p>Verificar sistema de notificação (Portaria SMS-1892.2001 SMS-G) e Protocolo da Vigilância Epidemiológica estabelecido em seu município</p>
Cuidados com a equipe	<p>A equipe deve ser imunizada contra hepatite B, tuberculose, tétano, difteria, rubéola, sarampo, varicela, caxumba, gripe e pneumonia</p> <p>Realização de teste audiométrico, de nível de mercúrio e dosimetria (radiação) anualmente</p>
Treinamento	Toda equipe deve ter treinamento adequado e acompanhamento constante
Leituras recomendadas	<p>Portaria CVS-11 de 04.07.95</p> <p>Resolução SS-374 de 15.12.95</p> <p>Resolução SS 15 de 18.01.99</p>

Bibliografia recomendada

1. Costa MAF, Costa MFB, Melo NSFO. *Biossegurança em práticas odontológicas. Biossegurança - ambientes hospitalares e odontológicos - Parte III*. 1ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
2. [FOUSP] Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial. *Protocolo de biossegurança*. São Paulo; 2003. [capturado em <http://www.fo.usp.br/downloads/biosseguranca/biosseguranca.html> em 31/08/03]
3. Lorenzzi RL. *Biossegurança e risco ocupacional em saúde bucal*. Cadernos de saúde bucal. SES/FUNDAP/IEB. São Paulo; 1997.
4. [MS] Ministério da Saúde. *Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS – Manual de condutas*. Brasília; 2000.
5. [MS] Ministério da Saúde. *Hepatite, AIDS e herpes na prática odontológica*. Brasília; 1996.
6. Saquy PC. *Identificação qualitativa de vapor de mercúrio captado de resíduo de amalgama de prata, em diferentes meios de armazenagem*. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo [Tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto; 1996.
7. [SES-PE] Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco. Equipe Técnica da Divisão de Saúde Bucal. *Manual de biossegurança no atendimento odontológico*. Recife; 2001. [capturado em <http://www.saude.pe.gov/artigos/biosseguranca/apresenta.htm> em 31/08/03].
8. [SES-SP-CVS] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS-11 de 04.07.95. [Dispõe sobre condições ideais de trabalho relacionadas ao controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica].
9. [SES-SP] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS-15, de 18.01.99. [Norma técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica e dá providência correlatas].
10. [SES-SP] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS-374, de 15.12.95. [Altera a norma técnica sobre organização do centro de material e noções de esterilização].
11. [SMS-SP] Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. *Protocolo de biossegurança em odontologia*. São Paulo, 2003. [Norma Técnica Especial referente às condições para instalação e funcionamento de estabelecimento de assistência odontológica, elaborado na Oficina de humanização e biossegurança em odontologia realizada pela Equipe de Saúde Bucal dos Distritos de Saúde Cidade Ademar, Grajaú, Parelheiros, Santo Amaro e Socorro da Prefeitura Municipal de São Paulo].
12. [SMS-SP] Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Portaria. SMS-1892.2001. [Orientações em casos de acidentes biológicos, medidas destinadas à prevenção de acidentes biológicos e ficha de notificação em caso de acidente biológico com profissionais de saúde].
13. [UNIG] Universidade Iguazu –Miguel FAM (sup.), Freitas FCN, Norberg CMB, Marinho IL, Marinho CAC. *Manual de Controle de infecção na clínica odontológica*. http://www.unig.br/manual_odonto2.htm [capturado em 31.08.03].

ANEXO 2

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO
DA EQUIPE TÉCNICA
COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL
(SATIS-BR)**

Bandeira, M., Pitta, AMF e Mercier, C (2000). Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 49 (4): 105-115.

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por

_____.

O objetivo principal deste questionário é conhecer as experiências das pessoas junto aos serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.

Este questionário foi adaptado e validado a partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, realizado pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro Colaborador da OMS em Montreal para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de um estudo multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A permissão de utilizar este questionário foi dada pelo Dr. J.M. Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).

Nós estamos gratos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

NOME (Opcional):	_____
CARGO/FUNÇÃO:	_____
NOME DO SERVIÇO:	_____
TIPO DE SERVIÇO:	_____
UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável):	_____
DATA	_ _ _ _ _ _ _

Na primeira parte deste questionário, vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação com a instituição na qual você trabalha atualmente. Favor responder à todas as questões. Não há respostas certas ou erradas. Responda de acordo com sua percepção.

1. Que tipo de transporte você usa para chegar a este serviço?

Condução própria	1
Condução de familiares	2
Condução de amigos	3
Transporte público	4
Caminhada	5
Outros (especificar)	9

2. Quanto tempo você gastar para vir de sua casa ao (nome do serviço)?

0 – 15 minutos	1
16 – 30 minutos	2
31 – 45 minutos	3
46 – 60 minutos	4
Mais de 60 minutos	5

3. Há quanto tempo você esta trabalhando neste serviço?

Menos que 6 meses	1
Entre 6 meses e 1 ano	2
Entre 1 e 2 anos	3
Entre 2 e 5 anos	4
Mais que 5 anos	5

4. Até que ponto você esta satisfeito com este serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

5. Qual a chance de você ser promovido neste serviço?

Muito improvável	1
Improvável	2
Mais ou menos	3
Provável	4
Muito provável	5

6. Como você se sente com a expectativa de ser promovido?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

7. O seu trabalho requer uma grande dose de responsabilidade?

Uma grande dose	1
Muito	2
Variável	3
Pouca	4
Nenhuma	5

8. Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

9. Você se sente sobrecarregado no seu serviço?

Sempre	1
Frequentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5

10. Você se sente satisfeito no seu relacionamento com os colegas?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

11. Com que frequência você tem reuniões de equipe?

Mais que uma vez por semana	1
Uma vez por semana	2
Entre 1 – 3 vezes por mês	3
Menos que uma vez por mês	4
Nunca (passar para a questão 15)	5

12. Você se sente satisfeito com a frequência destas reuniões?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

13. Você se sente satisfeito com a forma como as reuniões de equipe se realizam?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

14. Até que ponto você se sente satisfeito com a eficácia e utilidade destas reuniões?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

15. Você sente que recebe o apoio de que necessita de seu supervisor direto?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

16. Você sente que seu trabalho é demasiadamente controlado por seus superiores?

Sempre	1
Frequentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5

17. Você se sente satisfeito com esta quantidade de controle?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

18. Como você se sente com relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

19. Você se sente satisfeito com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais que você tem com seus colegas no serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

20. Você participa do processo de tomada de decisões no seu serviço?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

21. Você se sente satisfeito com este nível de participação?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

22. Você participa da implantação de programas e/ou atividades novas no serviço?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

23. Você se sente satisfeito com este grau de participação?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

24. Você participa do processo de avaliação de programas e/ou atividades do serviço?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

25. Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

26. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

27. Você se sente satisfeito com a atenção dada as suas opiniões?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

28. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

29. Em geral, como você se sente com o clima no seu ambiente de trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

30. Em geral, como você classificaria o “clima” de amizade no ambiente de trabalho?

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

31. Até que ponto você se sente satisfeito com o seu salário?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

32. Você se sente satisfeito com os benefícios que recebe deste trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

33. Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

34. Até que ponto você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Bem	4
Muito bem	5

35. Até que ponto você acha que os profissionais de Saúde Mental do serviço compreendem o tipo de ajuda de que os pacientes necessitam?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Bem	4
Muito bem	5

36. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?

Muito inapropriado	1
Inapropriado	2
Mais ou menos	3
Apropriado	4
Muito apropriado	5

37. Você acha que existem outros serviços de que o paciente necessita mas que não recebe aqui?

Com certeza há	1
Acho que há	2
Talvez	3
Acho que não há	4
Não, certamente que não	5

37.1. Se você acha que sim, queira especificar quais são estes serviços.

38. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças neste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

39. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento que é dado neste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

40. Em geral, até que ponto você se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pela equipe?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

41. Como você se sente com a quantidade de ajuda que é dada aos pacientes pelo (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

42. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes no (nome do serviço) (por ex., portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento com o terapeuta)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

43. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas dos pacientes, e os cuidados que eles recebem no (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

44. Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os pacientes?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

45. Em média, qual seria para você a frequência mais adequada de contato 1/1, entre os membros da equipe e o paciente?

Mais que uma vez por dia	1
Uma vez por dia	2
3– 6 vezes por semana	3
1 – 2 vezes por semana	4
2 – 3 vezes por mês	5
Aproximadamente 1 vez/mês	6
Menos que uma vez por mês	7
Nenhuma	8

46. No momento em que estes pacientes entram em contato com este serviço, em geral existem outras opções disponíveis para eles?

Sim	1
Não (passar à questão 48)	2
Não tem certeza (questão 48)	3
Não sabe (questão 48)	4

46.1. Se você acha que sim, queira citar quais são estas opções.

47. Se eles têm outras opções, por que você acha que eles escolhem este serviço? Você pode marcar mais de uma resposta.

Já tinham estado lá no passado	1
Foi fortemente recomendado por alguém	2
Conhecia alguém que fazia tratamento lá	3
Confiaram na instituição/pessoa de referência	4
Localização muito conveniente	5
O tratamento estava disponível	6
Mais que uma das razões acima	7
Não sabe	8
Outros (especificar) _____	9

48. Você está satisfeito com o grau de envolvimento dos familiares no processo de tratamento dos pacientes no (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

49. Você acha que o (nome do serviço) estimula as famílias a participar mais ativamente do processo de tratamento de seus familiares?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

50. Como você se sente com a maneira como as famílias são tratadas pela equipe?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

51. Você acha a equipe suficientemente competente para lidar com o envolvimento familiar?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

52. Em geral, como você classificaria a competência geral da equipe destes serviço?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

53. Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe deste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

54. Foram tomadas as medidas apropriadas de segurança para fazê-lo sentir-se salvo/seguro/protegido em caso de um episódio de violência durante seu período de trabalho no (nome do serviço)?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Muito	4
Extremamente	5

55. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança do (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

56. Você está satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

57. Como você classificaria, as instalações da unidade (p. ex., banheiro, cozinha, refeições, o próprio prédio, etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

58. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria a ele/a o (nome do serviço)?

Não, com certeza que não	1
Não, acho q não	2
Talvez	3
Sim, acho q sim	4
Sim, com certeza	5

58.1. Por quê?

59. De que você mais gosta neste serviço?

60. Quais são particularmente os aspectos de que você não gosta?

61. Você acha que o serviço poderia ser melhorado?

Sim	1
Não	2

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

62. Qual é a sua idade? _____

63. Sexo

Masculino 1

Feminino 2

64. Qual é o seu estado civil atual?

Solteiro 1

Casado ou vive com alguém 2

Separado 3

Divorciado 4

Viúvo 5

Outro (especificar) _____ 9

65. Qual foi o maior nível educacional que você concluiu?

Sem escolaridade 1

Escola elementar (1 grau) 2

Escola elementar (2 grau) 3

Curso técnico 4

Universidade 5

Pós-graduação 6

Outros 9

ANEXO 3

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DA EQUIPE DE ODONTOLOGIA (ADAPTAÇÃO DA ESCALA ABREVIADA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – SATIS-BR)

Estado civil: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Tempo de serviço: _____

Data: ____/____/____

Nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação com a instituição na qual você trabalha. Favor responder a todas as questões. Não há respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a sua percepção.

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

2. Como você se sente com a expectativa de ser promovido?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

3. Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

4. Você se sente satisfeito no seu relacionamento com os outros colegas?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

5. Você se sente satisfeito com o grau de controle dos seus supervisores sobre o seu trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

6. Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

7. Em geral, como você classificaria o “clima” de amizade no ambiente de trabalho?

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

8. Você se sente satisfeito com o grau de sua participação no processo de tomada de decisões no seu serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

9. Você se sente satisfeito com a sua participação na implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

10. Você se sente satisfeito com o processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

11. Você se sente satisfeito com a atenção dada as suas opiniões?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

12. Você se sente satisfeito com a frequência de discussões relacionadas a temas profissionais que você tem com seus colegas no serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

13. Em geral, você se sente satisfeito com o clima em seu ambiente de trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

14. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

15. Até que ponto você se sente satisfeito com o seu salário?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

16. Você se sente satisfeito como os benefícios que recebe deste trabalho?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

17. Você está satisfeito com a atenção e os cuidados que são dados aos pacientes?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

18. Até que ponto você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas do paciente?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Bem	4
Muito bem	5

19. Até que ponto você acha que os profissionais de Odontologia do serviço compreendem o que os pacientes necessitam?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Bem	4
Muito bem	5

20. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los?

Muito inapropriado	1
Inapropriado	2
Mais ou menos	3
Apropriado	4
Muito apropriado	5

21. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre suas doenças neste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

22. Você está satisfeito com a quantidade de informações dadas aos pacientes sobre o tratamento que é dado neste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

23. Em geral, até que ponto você se sente satisfeito com a forma como os pacientes são tratados pela equipe?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

24. Como você se sente com a quantidade de orientação ou ajuda no atendimento que é dado aos pacientes pelo serviço de odontologia?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

25. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento dos pacientes no serviço de odontologia (ex.: portas fechadas, nenhuma interrupção durante o atendimento)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

26. Você se sente satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a confidencialidade sobre os problemas dos pacientes, e os cuidados que eles recebem no serviço de odontologia?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

27. Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e o paciente?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

28. Você se sente satisfeito como o grau de competência profissional da equipe deste serviço?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

29. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança deste serviço de odontologia?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

30. Você sente satisfeito como conforto e a aparência deste serviço odontologia?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

31. Como você classificaria, as instalações da unidade (ex.: banheiro, cozinha, prédio e etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

32. Se um amigo ou familiar estivesse necessitando de ajuda de um serviço de odontologia, você recomendaria a ele(a) este serviço?

- | | |
|--------------------------|---|
| Não, com certeza que não | 1 |
| Não, acho que não | 2 |
| Talvez | 3 |
| Sim, acho que sim | 4 |
| Sim, com certeza | 5 |